

## **ANÁLISE DO PERCURSO CLÍNICO DE UM PACIENTE COM DOR CRÓNICA EM PORTUGAL**

Helena Susana Alves Antunes

Dissertação apresentada como requisito parcial para  
obtenção do grau de Mestre em Estatística e Gestão de  
Informação

2017

ANÁLISE DO PERCURSO CLÍNICO DE UM PACIENTE COM DOR CRÓNICA EM PORTUGAL

Helena Susana Alves Antunes

MGI



**NOVA Information Management School**  
**Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação**  
Universidade Nova de Lisboa

***ANÁLISE DO PERCURSO CLÍNICO DE UM PACIENTE COM DOR  
CRÓNICA EM PORTUGAL***

por

Helena Susana Alves Antunes

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Gestão de Informação

**Orientador:** Cristina Galamba Marreiros

Novembro, 2017

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus filhos pela compreensão e paciência que têm tido ao longo deste processo e ao meu marido pelo seu apoio incondicional. Esta dissertação também é vossa.

À orientadora deste trabalho, Professora Cristina Marreiros pelo seu enorme suporte e disponibilidade para me ajudar, fazendo-me crescer na organização deste trabalho e na área de Gestão de Informação. Agradeço-lhe todo o seu tempo e simpatia que sempre demonstrou.

À empresa Grunenthal, nomeadamente ao Sr. José Carracho pela sua inestimável orientação e partilha de conhecimentos que permitiram definir os objetivos desta dissertação.

A todos os meus amigos e família, por todo o tempo que esta dissertação nos roubou e pelo apoio e palavras de ânimo que sempre tiveram para comigo.

## RESUMO

O objetivo principal desta dissertação prende-se com a análise do percurso clínico de um paciente com Dor crónica em Portugal. Pretendeu-se elaborar uma segmentação dos dados de maneira a relacionar os procedimentos de referenciação para doentes com Dor crónica e a sua satisfação com o tratamento.

Foi elaborado e aplicado um questionário a um grupo de doentes com Dor crónica, o qual serviu de base para a extração de conhecimento sobre o procedimento de referenciação clínico destes doentes. Neste estudo foi possível perceber que são os Centros de Saúde os serviços de saúde a que recorrem pela primeira vez estes doentes e foi possível relacionar com o grau de satisfação do seu tratamento para a Dor crónica. Também foi analisado o nível de significância das variáveis que poderiam estar relacionadas com a satisfação do doente e verificou-se que o facto de fazerem tratamentos com ou sem medicação tinha uma associação forte com o facto de estarem satisfeitos com o apoio prestado pelos profissionais de saúde e de terem a sua Dor controlada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dor crónica; Data mining; Segmentação; Percurso Clínico

## **ABSTRACT**

The main objective of this dissertation is the analysis of the clinical path of a patient with chronic pain in Portugal. A segmentation of the data was implemented in order to relate the referral procedures of patients with chronic pain and their satisfaction with the treatment.

A questionnaire was developed and applied to a group of patients with chronic pain, this served as a basis for the extraction of knowledge about the clinical referral procedure of these patients. In this study it was possible to perceive that the Health Centers are the health services most used for the first time by these patients and it was possible to relate the degree of satisfaction with their treatment for Chronic Pain. It was also analyzed the level of significance of the variables that could be related to patient satisfaction and it was found that the fact of having treatments with or without medication had a strong association with the fact that they were satisfied with the support provided by the health professionals and with the control of their Pain.

**KEYWORDS:** Chronic pain; Data mining; Segmentation; clinical path

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
1.1. Enquadramento do problema	1
1.2. Objetivos do estudo	2
1.3. Organização da dissertação	2
<b>2. A DOR CRÓNICA</b>	<b>4</b>
2.1 Caracterização da Dor crónica	4
2.2 A Dor crónica em Portugal	9
2.2.1 Evolução	9
2.2.2 Dados epidemiológicos	11
2.2.3 Impacto económico	12
2.2.4 Redes de referência em Saúde em Portugal	13
2.3 A Dor crónica na Europa	15
2.4. Medicina da Dor e Gestão da Dor	16
2.4.1. Medicina da Dor	16
2.4.2 Gestão da Dor	18
2.4.3 Gestão Hospitalar e BI	19
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>22</b>
3.1 Design da investigação	22
3.2 Instrumento de recolha de dados	23
3.3. População-alvo e amostra	24
3.4. Trabalho de campo	24
<b>4. ANÁLISE DE DADOS</b>	<b>26</b>
4.1 Perfil da amostra	26
4.2 A Dor crónica	27
4.3. Segmentação	32
<b>5. CONCLUSÕES</b>	<b>37</b>
5.1 Principais resultados e suas implicações	37
5.2 Limitações e recomendações para trabalhos futuros	40
<b>6. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>43</b>
<b>7. ANEXOS</b>	<b>49</b>



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Distribuição das classes etárias da amostra analisada.....	26
<b>Gráfico 2.</b> Situação profissional da amostra analisada .....	27
<b>Gráfico 3.</b> Período de tempo com Dor crónica .....	27
<b>Gráfico 4.</b> Origem da Dor crónica .....	28
<b>Gráfico 5.</b> Número de visitas ao médico nos últimos 6 meses .....	29
<b>Gráfico 6.</b> Primeira entidade a que se dirigiu quando recorreu ao sistema de saúde .....	29
<b>Gráfico 7.</b> Primeira especialidade a que se dirigiu quando recorreu ao sistema de saúde .....	30
<b>Gráfico 8.</b> Tratamento para controlo da Dor com medicamentos .....	31
<b>Gráfico 9.</b> Tratamento para controlo da Dor e sem medicamentos.....	31
<b>Gráfico 10.</b> Número de clusters ideal para a segmentação da referenciação .....	34
<b>Gráfico 11.</b> Clusters para análise de referenciação .....	34

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Escala Visual Analógica .....	6
<b>Figura 2.</b> Escala Numérica.....	6
<b>Figura 3.</b> Escala Qualitativa.....	6
<b>Figura 4.</b> Escala de Faces .....	7
<b>Figura 5.</b> Unidades Hospitalares com atividades organizadas para a Dor crónica (Fonte Eurotrials) .....	14

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Descrição das variáveis da segmentação para a referenciação .....	33
<b>Tabela 2.</b> Satisfação com o tratamento e a realização de tratamentos sem medicação .....	36
<b>Tabela 3.</b> Satisfação com o tratamento e tratamentos com medicação .....	36

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA**

Alguns números provocam Dor. Segundo o Estudo Epidemiológico da Dor Crónica em Portugal (Castro Lopes, 2012) cerca de 30% da população portuguesa sofre de Dor crónica. Ainda segundo este estudo, o tempo médio de duração da Dor na vida dos pacientes com Dor crónica é de cerca de 10 anos e cerca de 35% destes indivíduos declaram não estar satisfeitos com o tratamento seguido para controlo da sua Dor crónica.

No entanto, existe cada vez mais uma consciência que a Dor crónica, para além de ser um sintoma de que algo não está bem com o nosso organismo, e ser definido como normal e inevitável, passou a ser encarada como uma doença por si só, sendo consequentemente acompanhada de outras comorbilidades associadas como ansiedade, depressão, alterações de sono (APED, 2014).

Acompanhando esta evolução, Portugal é um dos poucos países europeus que já implementaram o controlo e tratamento da Dor no seu Sistema de Saúde. Foram realizados numerosos avanços em diversas áreas, nomeadamente legal e de apoio clínico (ver capítulo 2.2.1 – Evolução).

Rui Cernadas, da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, especialista na área da Dor crónica, concluiu, em entrevista, que a falta da existência de uma rede de referência e as insuficiências no diagnóstico, na área específica da Dor, são possíveis justificações para a elevada prevalência da Dor crónica em Portugal. “Os doentes ainda não têm um acesso fácil, principalmente no que diz respeito à referência hospitalar” (Santos, 2012); (APED, 2014).

Pretende-se com este trabalho contribuir com informação de como se processa atualmente o percurso clínico dos pacientes com Dor crónica para desta forma salientar a importância de se tratar a Dor crónica como uma doença por si só e justificar ou não a alteração de procedimentos na sua gestão clínica e hospitalar. Foi incluída neste estudo como uma das variáveis mais importantes, o facto de o paciente estar ou não satisfeito com o tratamento recebido, pela razão de esta estar diretamente relacionada com a sua qualidade de vida.

## **1.2. OBJETIVOS DO ESTUDO**

Tendo por base os vários desenvolvimentos conseguidos ao longo do tempo em Portugal e os desafios para o futuro mencionados acima, pretende-se com esta dissertação contribuir com informação mais detalhada sobre o do processo de referenciação mais usualmente utilizado no tratamento da Dor crónica em Portugal. Para tal, pretende-se com esta dissertação elaborar uma segmentação dos dados de maneira a relacionar os procedimentos de referenciação para doentes com Dor crónica e a sua satisfação com o tratamento. Mais especificamente:

- Avaliar qual a instituição de saúde a que inicialmente recorrem os pacientes com Dor crónica;
- Avaliar qual a especialidade médica a que recorrem inicialmente os pacientes com Dor crónica;
- Perceber o procedimento de referenciação mais usual no processo de tratamento da Dor crónica em Portugal;
- Relacionar o controlo da Dor com o percurso clínico efetuado pelo doente;
- Perceber quais poderiam ser os indicadores estratégicos mais importantes para monitorização das entidades de saúde que recebem os doentes com Dor crónica e desta forma fundamentar a necessidade de investimentos e reestruturação dos processos nessas mesmas entidades.

Com esta análise pretende-se fomentar uma nova abordagem no estudo e controlo da Dor crónica em Portugal e apresentar as variáveis acima descritas como pontos a serem estudados e levados em consideração para estudos de gestão estratégica clínica e hospitalar.

## **1.3. ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO**

Esta dissertação é composta por:

- 1º capítulo – Introdução
  - É realizado o enquadramento do problema e definidos os objetivos do estudo.
- 2º capítulo – É efetuada a revisão bibliográfica para a contextualização do estudo:
  - É definida a Dor crónica e feito o seu enquadramento em Portugal (legislação, dados epidemiológicos, impacto económico e as redes de referenciação em Portugal);

- É apresentada a situação atual da Dor crónica na europa, tanto na vertente epidemiológica como económica.
- São apresentados os recentes contributos tanto da medicina da Dor como dos modelos de gestão da Dor crónica em Portugal e no mundo.
- 3º capítulo - Metodologia
  - É descrito o método utilizado para recolha e análise dos dados que permitem atingir os objetivos definidos.
- 4º capítulo – Análise de dados
- É efetuada a análise descritiva dos resultados e a análise conclusiva com recurso a técnicas de segmentação. A segmentação vai permitir relacionar os procedimentos de referenciação para doentes com Dor crónica e a sua satisfação com o tratamento. Nas variáveis selecionadas como critérios segmentação foi verificado o nível de significância das mesmas de modo a perceber quais poderiam estar relacionadas diretamente com os resultados obtidos.
- 5º capítulo – Conclusões
  - Neste capítulo são apresentados os principais resultados e conclusões do estudo, detalhadas as suas limitações e feitas recomendações para trabalhos futuros.

## **2. A DOR CRÓNICA**

### **2.1 CARACTERIZAÇÃO DA DOR CRÓNICA**

A Dor crónica, inserindo-se no grupo das doenças crónicas, tem a particularidade de se apresentar como um enorme desafio tanto para os investigadores como para a classe médica e gestores hospitalares (Melzack & Wall, 1987). Esta singularidade assenta no facto de ser uma doença que envolve vários fatores físicos e ambientais. Sendo um desafio tanto para os doentes, que necessitam procurar meios médicos, científicos e financeiros para melhor controlar ou prevenir a sua Dor, como para os profissionais de saúde que necessitam compreender os mecanismos biológicos associados à Dor e compreender que esta está integrada num trajeto ascendente e descendente do metabolismo do doente, interagindo com o estado biopsicológico de cada pessoa, originando dificuldades no seu tratamento.

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a Dor crónica é definida como uma Dor persistente ou recorrente durante pelo menos 3 a 6 meses, que muitas vezes persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem, ou que existe sem lesão aparente.

A Dor crónica pode ser intermitente (aparecendo e desaparecendo), pode variar de intensidade durante o dia ou pode ser persistente. A Dor crónica pode resultar de uma causa conhecida, como por exemplo uma cirurgia, ou como consequência de um processo de doença prolongada, tal como a artrite reumatoide. No entanto, muitas vezes a causa é desconhecida.

O enorme desafio para o diagnóstico e tratamento desta doença prende-se com o facto que a Dor crónica é uma experiência pessoal e como tal não pode ser medida como outros problemas em medicina. Não é possível realizar o diagnóstico através de um raio-x ou uma análise ao sangue. Lamentavelmente, não existem testes médicos para medir os níveis de intensidade da Dor crónica (Saúde D. G., 2003).

E para tornar ainda mais difícil todo o processo, para muitos problemas de Dor crónica não existem evidências objetivas ou lesões físicas que possam explicar a Dor.

Consequentemente, muitos pacientes andam de médico em médico e especialidade em especialidade à procura de uma explicação que torne possível o seu tratamento. Este processo leva a avaliações e a tratamentos desnecessários encarecendo o processo de tratamento e levando o paciente a piorar a sua qualidade de vida e muitas vezes interferindo com o seu estado emocional, vida laboral e familiar.

Todas as pessoas vivem e expressam a Dor de formas diferentes. Muitas vezes pessoas com a mesma lesão sentem e demonstram a Dor de diferentes formas dependendo de vários fatores, tais como:

- A situação em que ocorre a Dor;
- Emoções associadas com a Dor crónica, como a depressão e ansiedade versus a esperança e o otimismo;
- Influências culturais, podem determinar se uma pessoa é mais heroica ou mais dramática ao mostrar a Dor a outros;

Assim, é importante perceber como a Dor é definida por forma a poder controlá-la melhor.

Existem diferentes tipos de Dor crónica não cancerígena, que podemos dividir em dois grandes grupos:

- Dor musculoesquelética – Dor que afeta os ossos, músculos, ligamentos e tendões. A Dor musculoesquelética pode resultar de várias causas incluindo desporto, acidentes rodoviários, processos de doenças prolongadas (artrite).
- Dor Neuropática – Dor que pode não ter uma causa óbvia. Pode englobar lesão de tecidos, mau funcionamento de fibras nervosas ou alterações no processamento cerebral.

Sendo a Dor uma experiência pessoal e consequentemente subjetiva, a autoavaliação torna-se a única forma segura de avaliar (Batalha, 2009). “A Dor é mensurável e o seu valor é válido para o diagnóstico e plano terapêutico de cada doente avaliado – há diferentes limiares individuais de Dor; interferem na sua perceção variantes espirituais, psíquicas e culturais bem como a história de Dor já vivenciada” (Silva, 2009).

A Circular Normativa da Direção Geral da Saúde de 2003 nº 9/DGCG de 14/06/2003 diz: “A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.”

É ainda considerada como regra de boa prática o registo da intensidade da Dor em folha de registo dos sinais vitais (Direção Geral da Saúde, 2003).

Assim sendo a Dor pode e deve ser medida pelos profissionais de saúde. Foi com esta premissa que a Direção Geral de Saúde homologou em Circular Normativa de 2003, 4 escalas de medição da intensidade da Dor: Escala Visual Analógica, Escala Numérica, Escala Qualitativa e Escala de Faces (Direção Geral da Saúde, 2003).

Segundo a mesma Circular apresenta-se, resumidamente, as escalas de avaliação da intensidade da Dor que poderão ser aplicadas:

Sem Dor _____	Dor Máxima
---------------	------------

**Figura 1.** Escala Visual Analógica

Na escala visual analógica (Fig.1), o doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha reta. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

**Figura 2.** Escala Numérica

A Escala Numérica (Fig.2), consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical.

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

**Figura 3.** Escala Qualitativa

Na Escala Qualitativa (Fig.3), solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os adjetivos acima. Estes adjetivos devem ser registados na folha de registo.

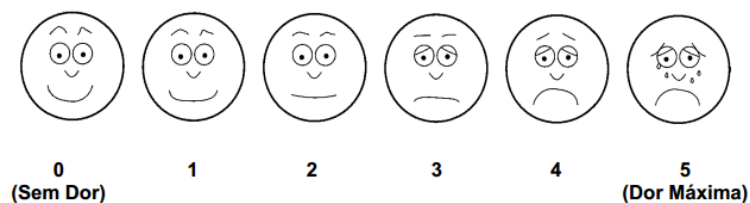


Figura 4. Escala de Faces

Na Escala de Faces é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação "Sem Dor" e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação "Dor Máxima". Regista-se o número equivalente à face selecionada pelo doente.

Outros dos instrumentos que poderão ser utilizados na avaliação da Dor crónica incluem alguns questionários usados em investigação para esta área da Medicina. Os sete questionários apresentados em seguida foram selecionados, traduzidos e validados com recurso a métodos rigorosos internacionalmente recomendados, tendo sido utilizados no inquérito nacional epidemiológico da Dor (Castro Lopes J. M., 2007).

- **Questionário Resumido da Dor ("Brief Pain Inventory")**

Este questionário é formado por uma escala de intensidade da Dor que permite a sua avaliação em várias alturas do tempo. Esta classificação é baseada na escala numérica com valores de 0 a 10 em que o zero significa ausência da Dor e dez a Dor na sua intensidade máxima.

- **Índice de Incapacidade relacionada com a Dor ("Pain Disability Index")**

O Índice de Incapacidade relacionado com a Dor consiste em 6 itens que permitem avaliar o impacto global que a Dor tem na vida do paciente e não apenas quando a Dor atinge o seu ponto máximo.

- **Inventário Multidimensional da Dor de West Haven-Yale ("West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory")**

Foi desenvolvido de forma consistente com modelos cognitivo-comportamentais da Dor e constitui um instrumento de avaliação multidimensional especificamente criado para utilização em doentes com Dor crónica. É constituído por três secções distintas. A primeira diz respeito à percepção individual da severidade da Dor (três itens), a interferência funcional da Dor (nove itens), a percepção de autocontrolo do doente sobre a sua própria vida (dois itens), o *distress* afetivo associado à Dor (três itens) e a percepção do apoio familiar existente (três itens). A segunda secção é constituída por 14 itens que



avaliam a percepção do doente sobre o comportamento e resposta da sua pessoa significativa (definida, neste contexto, como a pessoa de quem o doente se sente mais próximo no plano emocional, independentemente da regularidade do relacionamento) relativamente às suas queixas e comportamentos relacionados com a Dor, estando organizada em três subescalas que avaliam as respostas solícitas e atenciosas (seis itens), as respostas com o intuito de distrair o doente (quatro itens) e as respostas negativas (quatro itens). A terceira secção é constituída por 18 itens e avalia a frequência com a qual o doente refere dedicar-se a um conjunto de atividades da vida diária, estando organizada em quatro subescalas que avaliam o trabalho doméstico (cinco itens), o trabalho ao ar livre (cinco itens), as atividades fora de casa (quatro itens) e as atividades sociais (quatro itens), e definindo-se também uma escala global de atividades gerais (18 itens).

- **Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crónica (“Chronic Pain Coping Inventory”)**

O CPCI é um questionário de autoaplicação, com 65 itens que avaliam a frequência de utilização, em número de dias durante a última semana (escala numérica de 1 a 7), de um vasto conjunto de estratégias comportamentais e cognitivas de *coping*. *Coping* pode ser definido como a aplicação voluntária e dirigida de estratégias comportamentais e/ou cognitivas no controlo ou gestão de eventos ou circunstâncias difíceis, necessidades ou anseios que são entendidos pelo indivíduo como fontes de conflito, sofrimento, *stress* ou sobrecarga.

- **Inventário de Convicções e Percepções Relacionadas com a Dor (“Pain Beliefs and Perceptions Inventory-PBAPI”)**

O PBAPI é um questionário de autorresposta com 16 itens correspondentes a afirmações relativas a convicções ou percepções relacionadas com a Dor. É solicitado ao doente que classifique o seu grau de concordância com cada uma das afirmações, usando uma escala bipolar com quatro categorias (ancoradas às expressões «discordo muito», «discordo», «concordo» e «concordo muito»), pontuada de – 2 a +2 e sem ponto zero.

- **Escala de Desânimo Associado à Dor (“Pain Catastrophizing Scale-PSC”)**

A Escala de Desânimo Associado à Dor (PCS) é um questionário de autorresposta que inclui 13 itens que descrevem um conjunto de pensamentos, percepções ou sentimentos associados à Dor. Aos indivíduos a quem o instrumento é aplicado, é solicitado que indiquem a frequência com a qual apresentam esse tipo de pensamentos, percepções ou sentimentos, utilizando uma escala numérica de classificação de cinco pontos (de 0 a 4).

- **Questionário de Dor Neuropática em 4 Questões (“*Douleur Neuropathique en 4 Questions- DN4*”)**

O DN4 é um questionário para aplicação pelo clínico que tem 10 itens relacionados com características da Dor. Sete dos itens estão relacionados com as características da Dor referidas pelo doente, através de termos descritivos e os três itens restantes resultam do exame físico realizado pelo clínico e procuram identificar a presença de regiões de hipoestesia ao tato ou à picada ou regiões de alodinia tátil (percepção anormal da Dor, quando se sente Dor perante determinados estímulos que habitualmente são indolores).

## **2.2 A DOR CRÓNICA EM PORTUGAL**

### **2.2.1 Evolução**

A Dor crónica quando está presente na ausência de uma lesão concreta ou se persistir no tempo para além da lesão que lhe deu origem, é reconhecida pela Direção Geral da Saúde como uma doença por si só. Tal reconhecimento também é partilhado pela *European Federation of IASP Chapters (EFIC)*. Portugal possui uma forte base legislativa para o apoio da Dor crónica, pois encara-a como uma prioridade no âmbito da prestação dos cuidados de saúde e um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde (Direção Geral da Saúde, 2008). Concluindo, a tutela tem desenvolvido uma estratégia nacional para o problema da Dor com o intuito de potenciar a sua adequada gestão.

Alguns dos marcos importantes na gestão da Dor em Portugal foram:

- **1999 - Implementação do “Dia Nacional Contra a Dor**

O governo Português foi pioneiro na criação deste dia.

- **2001 - Aprovação do “Plano Nacional de Luta Contra a Dor”**

Reconhecendo a importância do controlo da Dor, a Direcção-Geral da Saúde criou um grupo de trabalho para a Dor, com a colaboração da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, que viria a elaborar o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), aprovado por despacho ministerial de 26 de março de 2001. Este plano, inovador a nível nacional e internacional (na Europa apenas a França possui igualmente um plano governamental de combate à Dor), descreve os modelos organizacionais para a

abordagem da Dor em meio hospitalar e contém, ainda, diversas orientações genéricas para o controlo da Dor (Direção Geral da Saúde, 2008).

- 2003 - A Dor reconhecida como o “5º sinal vital”

A Direção Geral de Saúde instituiu a Dor como 5º sinal vital em Portugal através da Circular Normativa nº 9/DGCG de 14 de junho de 2003.

Os 3 principais objetivos desta circular foi instituir o registo sistemático da intensidade da Dor, a definição das escalas a serem utilizadas para a mensuração da intensidade da Dor e a inclusão, em espaço próprio, em folha de registo dos sinais e sintomas vitais.

- 2004 - A Medicina da Dor foi reconhecida como uma competência médica pela Ordem dos Médicos como forma de promover e reconhecer a diferenciação dos médicos que se dedicam a esta área. O currículo formativo inclui uma componente teórica e uma componente prática, bem como a necessidade de participar em trabalhos de investigação básica ou clínica na área da Dor (Direção Geral da Saúde, 2008).

- 2008 - Aprovação do “Programa Nacional de Controlo da Dor” em substituição do “Plano Nacional de Luta Contra a Dor”. Este programa tem um horizonte temporal de 10 anos e insere-se no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Direção Geral da Saúde, 2008).

- 2010 - Criação do Centro Nacional de Observação em Dor - OBSERVDOR, uma cooperação entre a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, e que tem como objetivos específicos:

- Analisar a informação sobre prevalência, prevenção, diagnóstico e tratamento da Dor, proveniente de fontes nacionais e internacionais;
- Promover a monitorização da evolução dos indicadores constantes no Programa Nacional de Controlo da Dor;
- Avaliar o impacto da Dor na saúde e nas desigualdades em saúde;
- Avaliar impacto socioeconómico da Dor;
- Desenvolver projetos específicos de avaliação de necessidades de saúde no âmbito da Dor;
- Identificar falhas na informação disponível e propor medidas para a sua correção;
- Produzir relatórios periódicos sobre a evolução da prevalência, prevenção, diagnóstico e tratamento da Dor em Portugal (Observdor, 2014).

- 2011 - Instituição da prescrição eletrónica de medicamentos opióides e isenção de taxas moderadoras nos tratamentos de Dor crónica (decreto-lei 113/2011).
- 2012 – A DGS emitiu a norma 003/2012, de 19 de Outubro de 2012 com o objetivo de uniformizar a organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda.
- 2013 – Aprovação do “Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)”, em substituição do anterior Plano Nacional de Controlo da Dor (Direcção Geral da Saúde, 2013).
- 2014 - O Ministério da Saúde publicou em Diário da República, a Tabela da Medicina da Dor, com a Portaria 20/2014, de 29 de janeiro (Ministério da Saúde, 2014).
- 2016 – A 27 de Dezembro de 2016 a Direcção Geral da Saúde emitiu a Proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos com o objetivo de uniformizar a abordagem Diagnóstica de Fibromialgia (Norma 017/2016, de 27 de dezembro de 2016).

### **2.2.2 Dados epidemiológicos**

A recolha e validação de dados epidemiológicos são fundamentais para a compreensão da Dor, pois permitem analisar a sua distribuição, facilitam a caracterização da história natural das doenças e sua evolução, permitem construir instrumentos de apoio a organizações que desenvolvem programas preventivos e de tratamento, relacionam a os fatores ambientais e físicos, identificam e definem síndromes específicos, permitem prever a evolução das doenças e identificam fatores causais das doenças e das condições das incapacidades e da mortalidade (Kraus, J.F., Silberman, T.A., McArthur, D.L, 1996); (Shoenberg, 1993).

Segundo o estudo de Castro Lopes em 2007, cerca de 30% da população portuguesa sofre de Dor crónica. Este estudo foi realizado em todo o país realizando entrevistas a mais de 5000 indivíduos maiores de 18 anos. Cerca de 31% dos entrevistados confirmaram ter tido Dor várias vezes por mês nos últimos 6 meses e em quase metade destas a intensidade média da Dor era moderada ou forte (igual ou superior a 5, numa escala de 10). A Dor é mais prevalente entre as mulheres e os indivíduos mais idosos.

Analizada a distribuição geográfica, foi a população do Litoral Alentejano e parte da Beira Alta que apresentaram uma prevalência maior de Dor crónica moderada ou forte. As regiões que apresentam a predominância mais baixa são a região do Ave, Entre Douro e Vouga, Baixo Vouga e Alto Alentejo.

À semelhança do observado noutros países europeus, verificou-se que a Dor crónica afeta mais as mulheres que os homens, e a localização mais frequente é a região lombar (dores de costas). Quanto às causas da dor crónica, as patologias da coluna vertebral e as artroses e artrites dos membros são as mais frequentes. O estudo revelou também que mais de 50% dos portugueses com Dor crónica referem que a Dor interfere de forma moderada ou grave com a sua atividade laboral e doméstica e em 15% dos doentes a Dor provocou mesmo a antecipação da reforma. De referir ainda que foi diagnosticada depressão a 13% dos doentes.

Por último, embora quase 80% dos doentes estejam a tomar medicação para as dores, cerca de 30% entende que as suas dores não estão bem tratadas ou controladas.

### **2.2.3 Impacto económico**

Em termos de impacto económico e segundo os dados do estudo epidemiológico realizado por Castro Lopes et al., os custos diretos associados com a Dor crónica ascendem a 1,6 mil milhões de euros. Nestes custos estão incluídos consulta, medicamentos e meios complementares de diagnóstico. Ainda segundo o mesmo estudo de 2011 os custos indiretos relacionados com a Dor crónica totalizam cerca de 1,4 mil milhões de euros, estando incluídos neste ponto todos os custos com a perda de emprego, absentismo e reforma antecipada. Não estão incluídos nesta análise os dados referentes a gastos com terapêuticas não farmacológicas, gastos com deslocações, gastos com reformas da população inativa e gastos dos cuidadores, entre outros (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias, & Castro Lopes, 2012). Segundo as conclusões obtidas com a análise epidemiológica os gastos com esta patologia representavam cerca de 1,7% do PIB no ano em análise, em que os gastos totais com a saúde ascendiam a um 9,4% do PIB (valor provisório) (Pordata, 2014).

Cerca de 3 anos mais tarde foi realizado um estudo, em 2014, efetuado por Azevedo et al., onde é revelado que os custos diretos e indiretos anuais relacionados com a Dor crónica em Portugal ascendem aos 4600 milhões de euros. Neste estudo são relacionados os custos diretos anuais de consultas, exames e tratamentos para a Dor, atingindo um valor de 1997 milhões de euros, enquanto os custos indiretos anuais,

devidos ao absentismo, aposentação precoce e perda de emprego, atingem os 2645 milhões de euros. Segundo estes valores os custos com Dor crónica ascendem a 2,7% do PIB nacional. O estudo foi realizado, a partir de uma amostra de 5.094 pessoas, seleccionadas aleatoriamente e representativas da população adulta portuguesa.

Como se poderá perceber, a Dor crónica tem um elevado impacto quando se fala do total dos custos em saúde em Portugal, sendo por isso tão importantes todas as medidas que se têm vindo a desenvolver para seguir e acompanhar a evolução dos pacientes com Dor crónica. Como indicador da importância crescente que a Dor tem no sistema de saúde português pode-se salientar o facto de ter sido incluída no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, com uma abordagem quantitativa em que se pretende avaliar, através de um indicador do Estado de Saúde e do Desempenho do Sistema, a contabilização da percentagem de população com Dor crónica (Direção Geral da Saúde, 2013).

#### **2.2.4 Redes de referênciação em Saúde em Portugal**

“Os portugueses com Dor crónica consideram difícil o acesso aos serviços de saúde e o processo de diagnóstico e referênciação é demorado” (Castro-Lopes, Saramago, Romão, & Paiva, 2010).

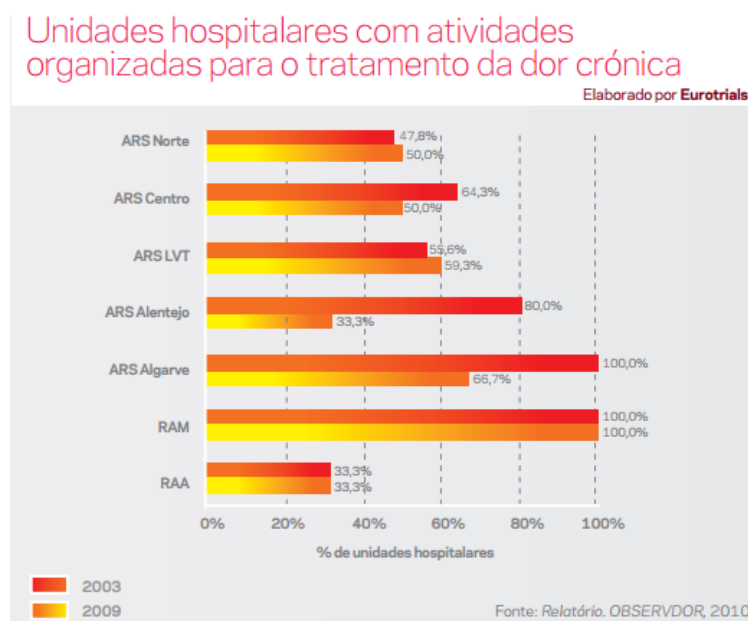
“O recurso aos Cuidados de Saúde Primários são a primeira linha de cuidados de saúde e quem tem a primeira intervenção na avaliação e intervenção no controlo da Dor” (Bernardo, A., 2010). É normalmente o recurso aos médicos de família ou de clínica geral o primeiro passo do paciente para o início do seu processo de tratamento da Dor e, consequentemente, são estes clínicos que analisam a necessidade de referênciação secundária ou não.

Apesar de que cerca de 35% dos doentes consideram que a sua Dor não está a ser bem tratada ou controlada, assinalando como uma das razões principais a falta de atenção/preocupação/importância/preparação dos médicos em relação à sua Dor (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias, & Castro Lopes, 2012), têm sido desenvolvidas várias iniciativas legais para tentar promover a referênciação dos vários casos clínicos e reduzir o tempo com a patologia e com a insatisfação dos pacientes.

Em 2010 foi realizada uma avaliação das iniciativas inseridas no Plano Nacional de Saúde (2004-2010) e que faziam parte do Programa Nacional de Luta Contra a Dor (Direção Geral da Saúde, 2010). Neste relatório um dos pontos desenvolvido pelo grupo de

trabalho e sujeitos a revisão, foi a criação de uma rede de referência nacional em Dor crónica. No entanto esta ideia foi abandonada por não ter tido aprovação superior. Devido às particularidades existentes no processo de diagnóstico da Dor crónica, todo o processo pode-se tornar bastante lento, levando a que a referência de casos com necessidades mais diferenciadas se torne mais complicado e com repercussões importantes em termos de qualidade de vida dos pacientes e da saturação dos recursos existentes (Gustorff, Pawloff, Simoens, Spandonaro, & Castro-Lopes, 2010). Estes recursos mais diferenciados e que incluem centros multidisciplinares (Unidades de Dor crónica) ainda são escassos e apenas atendem a 1% da população com Dor crónica (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias, & Castro Lopes, 2012).

Segundo o relatório da Eurotrials (2012), entre os hospitais do SNS com atividade dedicada ao tratamento da Dor crónica, 36,5% possuíam uma Unidade Multidisciplinar de Dor, 36,5% consultas de Dor crónica e 26,9% uma Unidade Terapêutica de Dor. Entre estes hospitais, 46,2% registaram uma frequência diária de consultas dedicadas ao tratamento da Dor crónica (Figura 5).



**Figura 5.** Unidades Hospitalares com atividades organizadas para a Dor crónica (Fonte Eurotrials)

Poderia fazer sentido monitorizar com indicadores chave adequados, estas diferentes consultas da Dor e relacioná-los com a eficiência do seu propósito final que seria o de controlo da Dor das populações envolvidas em cada caso.

## 2.3 A DOR CRÓNICA NA EUROPA

Vários estudos têm demonstrado o impacto da Dor crónica, tanto ao nível social como económico, mas com valores epidemiológicos bastante variáveis entre as várias populações. A prevalência estimada da doença numa população situa-se entre os 10% e os 30%, sendo que existem ainda vários estudos que alargam esta franja a 2% a 50%. Este registo de flutuações tão acentuadas da incidência da Dor pode estar relacionado com diferentes características entre populações e também com a definição de Dor crónica nos estudos epidemiológicos. (Reid, et al., 2011)

Segundo o relatório publicado pelo Eurobarometer (“Health in the European Union”) (European Commission, 2007) os dados obtidos são semelhantes ao estudo epidemiológico realizado em Portugal. Cerca de 25% dos europeus que participaram no estudo podem ser considerados doentes com Dor crónica visto terem sentido a Dor durante 3 ou mais meses. Os países que registaram maior incidência de Dor foram a Áustria e a Finlândia (35% e 33% respetivamente) contrariamente à Grécia que registou cerca de 13%. A prevalência da Dor foi maior no sexo feminino (28%) do que no sexo masculino (22%) (Queiroz, 2012).

Segundo o estudo “*Pain Proposal Initiative*”, em 2010, foi analisado o impacto da Dor crónica em 13 países da EU-27 e a resposta relativa aos cuidados de saúde prestados. Os resultados ao nível dos doentes com Dor crónica que procuravam ajuda, resumidamente, foram os seguintes: 20% obtinham um diagnóstico para a Dor em menos de 3 meses; 26% entre 3 meses e 1 ano; 26% entre 1 ano e 5 anos; 7% entre 5 anos e 10 anos; 4% cerca de 10 anos ou mais; 16% não era identificada uma causa para a Dor (Finlândia e Portugal apresentavam maiores proporções de doentes nesta situação).

Ao nível económico, estima-se que a Dor crónica na Europa, custe mais de 300 mil milhões de euros. Esta estimativa é realizada com a extrapolação do estudo alemão, mas coincidente com as previsões de que a Dor crónica custe entre 1,5% a 3% do PIB, na União Europeia (Eurotrials, 2012).

A maioria dos estudos sobre os custos diretos da Dor crónica evidencia que a ineficiente ou ineficaz gestão da Dor é responsável por uma proporção considerável dos custos globais. (Gustorff, Pawloff, Simoens, Spandonaro, & Castro-Lopes, 2010)

Em Portugal o tempo médio até diagnóstico foi de 2,5 anos (Queiroz, 2012). Cerca de 49% dos doentes estavam insatisfeitos com o tempo que decorria até ao diagnóstico da Dor e cerca de 48% também se mostravam insatisfeitos com o tempo que demoravam a obter uma adequada gestão da sua doença.



De um modo global as visitas de um doente com Dor crónica ao seu médico eram bastante frequentes, verificando-se uma média de aproximadamente 6,8 visitas anuais. Este valor subia para 10 a 19 visitas em cerca de 14% dos doentes e mais de 20 em 8% dos doentes.

## **2.4. MEDICINA DA DOR E GESTÃO DA DOR**

### **2.4.1. Medicina da Dor**

A criação da Competência em Medicina da Dor (CMD) em Portugal passou por várias etapas, tendo o seu início em março de 2002. Mas, foi em setembro de 2012 que o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos homologou os critérios de admissão e de atribuição de idoneidade formativa à competência em Medicina da Dor (Craveiro Lopes, 2012).

Por forma a poder garantir a adequada assistência aos doentes com Dor crónica a medicina da Dor passa por dar assistência médica em centros ou instalações vocacionadas para a Dor. Essas unidades de Dor são classificadas da seguinte forma de acordo com as suas características (Direção Geral da Saúde, 2008):

- **Consulta de Dor Crónica**

Toda a forma organizada de diagnóstico e tratamento da Dor crónica que não possua as características próprias das Unidades de Dor. Neste sentido, poderá funcionar com um número mínimo de médicos (no limite, apenas 1), não ter outros profissionais de saúde especificamente adstritos à Consulta de Dor, nem possuir instalações próprias. Contudo, deve realizar atividade regular (no mínimo semanal) e proceder ao registo dos doentes. O(s) médico(s) que as integram devem ter treino adequado em tratamento da Dor, devendo existir, pelo menos, um médico com a Competência em Medicina da Dor atribuída pela Ordem dos Médicos. Deve estabelecer protocolo de colaboração com uma Unidade de Dor para referência dos doentes.

- **Unidade Terapêutica de Dor**

Unidade destinada ao diagnóstico e tratamento da Dor crónica e a executar alguns tratamentos e referenciar os doentes para especialidades complementares quando necessário, preferencialmente ao abrigo de protocolos estabelecidos com outros serviços hospitalares. Deve estar dotada com, pelo menos, 2 médicos treinados em terapêutica da Dor e um Psiquiatra ou Psicólogo Clínico. Em alternativa, pode estabelecer um protocolo que permita a colaboração regular destes. Um dos médicos, possuidor da Competência em Medicina da Dor, exercerá as funções de coordenador da

unidade. A equipa assistencial deve, ainda, integrar pelo menos um enfermeiro. Deve funcionar em instalações próprias, ainda que possam ser partilhadas, ter atividade regular (pelo menos 3 vezes por semana), e possuir registo de doentes. A unidade deve estar integrada no Hospital de Dia, sempre que ele exista e ser gerida através de um centro de custos independente.

- **Unidade Multidisciplinar de Dor**

Unidade destinada ao diagnóstico e tratamento da Dor crónica, dotada de uma equipa multidisciplinar. Deverá integrar no mínimo um médico com a competência em Medicina da Dor, que coordena a unidade e médicos de, pelo menos, 3 especialidades diferentes, incluindo Psiquiatria, ou, em alternativa, duas especialidades e um Psicólogo Clínico. A equipa deverá contar, ainda, com enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de serviço social e técnico administrativo. A unidade deve estar integrada no Hospital de Dia, sempre que ele exista, ser gerida através de um centro de custos independente, funcionar em espaço próprio e ter atividade diária, incluindo atendimento telefónico. Deve estar capacitada para o tratamento de doentes no ambulatório, internamento (colaborando com os restantes serviços hospitalares) ou em situações de urgência. A Unidade deve funcionar com protocolos de atuação terapêutica sujeitos a avaliação regular e poderá estabelecer protocolos de colaboração com especialidades complementares. Pode estar envolvida no tratamento da Dor aguda através de uma Unidade de Dor Aguda Pós-Operatória. Deverá, ainda, participar em projetos de investigação clínica e na formação pós-graduada de profissionais de saúde.

- **Centro Multidisciplinar de Dor**

Possui as mesmas características das Unidades Multidisciplinares de Dor, mas deverá ter, pelo menos, dois médicos com a competência em Medicina da Dor e deverá estar integrada num Hospital Universitário ou num Hospital com Ensino Universitário, de acordo com a definição adotada pelo Decreto-Lei no 206/2004 de 19 de Agosto. Além disso, deve realizar investigação clínica e/ou básica através de projetos de investigação dotados de financiamento próprio e publicar regularmente os resultados dessa investigação. Deverá, ainda, promover regularmente a formação pós-graduada de profissionais de saúde e participar no ensino pré-graduado, sempre que para tal for solicitada (Direção Geral da Saúde, 2008).

#### **2.4.2 Gestão da Dor**

A gestão da Dor apresenta-se como um desafio essencial para conseguir diminuir custos e aumentar a eficiência e eficácia do controlo da Dor. Sendo a Dor crónica um desafio multidisciplinar, a gestão da Dor vai também, envolver equipas médicas de diferentes especialidades. Foi apresentado um artigo (Magalhães & Duarte, 2008) que apresenta uma contribuição para a estruturação das unidades de Dor e a sua sustentabilidade económica e, que salienta a importância fundamental da sensibilização dos gestores de topo no seu envolvimento da coordenação das equipas e dos recursos, assim como já é realizado com outras doenças crónicas da nossa sociedade.

O tratamento multidisciplinar da Dor crónica é considerado um valor acrescentado na abordagem dos doentes com esta patologia, desde 1961. Por esta razão foram disponibilizadas unidades de tratamento e profissionais de saúde capacitados para a utilização de técnicas e meios de intervenção adequados. As estruturas hospitalares dedicadas à Medicina da Dor são incluídas neste âmbito (Vieira, 2016).

Tais unidades devem apoiar-se na multidisciplinaridade conjugando a experiência e formação em avaliação e tratamento da Dor dos vários profissionais de saúde, de forma a que partilhem o objetivo de reabilitar o funcionamento físico, psicológico, social e laboral do utente com Dor crónica e utilizem uma abordagem que compatibilize o tradicional modelo biopsicossocial, centrado na doença, como um modelo baseado na compreensão do utente e na humanização, respeitando a individualidade da pessoa.

A primeira Unidade de Dor criada em Portugal foi no IPO de Lisboa, na década de 1980. Outras Unidades se desenvolveram ao longo dos anos. As Unidades são classificadas de acordo com as suas características e níveis de intervenção. (Vieira, 2016)

Segundo diretivas do SNS (Direção Geral da Saúde, 2010), para aceder a estas Unidades, o paciente terá sempre que ser referenciado pelo médico que o seguiu nos Cuidados de Saúde Primários.

No entanto e, apesar de várias propostas apresentadas, não foi ainda desenvolvida uma rede de referência para a Dor crónica (Direção Geral da Saúde, 2010). Com esta dissertação e trabalho de campo pretende-se apresentar resultados atuais de como se está a proceder e qual o impacto que tem no bem-estar do paciente com o controlo e diminuição da sua Dor.

### 2.4.3 Gestão Hospitalar e BI

Sendo a saúde pública uma área em que se regista uma quantidade e complexidade de dados muito grandes é bastante evidente que as decisões tomadas pelos órgãos de gestão assignados sejam bastante complicadas e morosas. Neste sentido e com a introdução da revolução digital e de técnicas de integração de dados, como acontece com o desenvolvimento de projetos de *Business Intelligence*, a tomada de decisões estratégicas rápidas e envolvendo grandes quantidades de informação poderá ser uma realidade cada vez mais presente aos diversos níveis da gestão e organização dos processos em Saúde (Gonçalves, 2013).

Em relação aos processos de *Business Intelligence*, a integração dos dados num sistema de armazenamento de dados (*Data warehouse*), torna-se o repositório onde a autenticidade dos dados é assegurada. Em geral, o *data warehouse* é um repositório central com as cópias de dados coletados e de fácil acessibilidade numa corporação ou sistema de saúde. Estes dados são agregados, organizados, catalogados e estruturados para facilitar quaisquer extração e análise desses dados. Tais consultas a dados para posterior análise permitirão uma melhor compreensão e informação do negócio e melhores e mais rápidas decisões clínicas (Kimball, 2002).

Os dados num *data warehouse* são o resultado de inúmeras fontes. Estas podem ser internas (receitas eletrónicas, sistemas financeiros ou inquéritos de satisfação de pacientes) ou externas (sistemas associados ao estado, tais como dados de mortalidade, natalidade ou registos de cancro).

Os principais benefícios do DW poderão estar relacionados com (Horstmeier, 2017):

- Permitir um processo de *reporting* mais eficiente;
- Assegurar a fiabilidade e consistência dos dados
- Permitir uma melhoria substancial na qualidade dos serviços de saúde.

Para além destes benefícios a manipulação de quantidades muito grandes de dados (*Big Data*) vai permitir que os órgãos de gestão definam os principais pontos a analisar e monitorizar do negócio e rapidamente consigam dar respostas e tomar decisões estratégicas. Estas decisões poderão passar pela diminuição dos custos na saúde, promoção do valor e inovação, exercer medicina mais focada em necessidades específicas dos doentes, identificação de fatores de risco de populações ou grupos de pacientes, e exercer medicina personalizada.

Em Portugal já assistimos ao avanço destas tecnologias ligada à saúde e recolhem-se os primeiros resultados. Um dos casos pioneiros no nosso país foi o Hospital de São João no Porto, em que o principal objetivo foi ligar informação dispersa por diferentes

sistemas de informação e criar instrumentos que permitissem uma visão global da instituição e melhores decisões de gestão. Com esta integração da informação e análise inteligente da mesma, este hospital consegue antecipar 30% das entradas nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) do centro hospitalar e a prever 50% das mortes em internamento, até 7 dias antes destas ocorrerem. A nível financeiro pode permitir poupanças anuais até 1,5 milhões de euros, porque ajuda a diminuir os tempos de internamento nas UCI ou mesmo a evitar que aconteçam (Ferreira, 2014).

Algumas das alterações sentidas no Hospital de São João no Porto foram:

- 90% das decisões de gestão no São João são hoje tomadas com base em números. Antes da entrada em funcionamento do sistema só 30% tinham esta base.
- 400 indicadores são hoje monitorizados a cada segundo. Há dois anos eram analisados 50.
- 30 segundos é o tempo necessário para obter resposta a uma pergunta de complexidade média. A mesma pergunta já exigia um tempo de resposta de 2 a 3 dias (Ferreira, 2014).

Na área da Dor Crónica este processo de gestão clínica seria fundamental para, por um lado, justificar a necessidade de implementação de medidas de gestão como a necessidade da criação de uma rede de referência para a Dor crónica em Portugal e, por outro lado, o controlo dos principais parâmetros de gestão financeira e operacional associados à Dor.

Conforme apresentado nos resultados do Hospital de São João, os indicadores analisados são fundamentais para a monitorização do processo. Para elaboração destes indicadores em saúde é necessário perceber as necessidades dos órgãos de gestão e identificar os principais objetivos estratégicos. Os indicadores de gestão ajudam uma organização a definir e a medir o progresso através de objetivos organizacionais (Lister Technologies, 2011).

Quando se elabora um sistema de métricas de performance devem recolher-se e analisar-se dados tendo em vista três perspetivas essenciais: Excelência operacional, proposta de valor e valor económico (Taylor, 2012).

A excelência operacional é definida como a medida em que as principais funções administrativas e clínicas são geridas da forma mais eficiente possível. Estes indicadores deverão monitorizar custos, defeitos e ciclos de operações.

A proposta de valor deve incluir métricas em que sejam avaliadas a qualidade dos resultados da saúde e o grau em que os resultados são favoráveis ou desfavoráveis durante o ciclo de tratamento. Também deverão medir a satisfação do paciente

(atitudes e percepção do paciente e suas famílias em relação ao atendimento e suas necessidades).

O valor económico deverá incluir indicadores que meçam o retorno financeiro, viabilidade financeira e o comportamento do orçamento (Taylor, 2012).

Em Portugal e, segundo o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 esta diferenciação por áreas de indicadores está reestruturada de forma diferente, mas abarcando os mesmos pontos importantes de análise. Neste sentido consideram-se quatro grandes grupos de indicadores (Saúde A. C., 2011):

- Indicadores do Estado de Saúde - permite analisar o quão saudável é a população através de dimensões como: mortalidade, morbilidade, incapacidade e bem-estar;
- Indicadores dos Determinantes de Saúde - possibilitam o conhecimento dos fatores que influenciam o Estado de Saúde e a utilização dos cuidados de saúde: comportamentos, condições de vida e trabalho, recursos pessoais e ambientais;
- Indicadores do Desempenho do Sistema de Saúde – permitem a monitorização através de múltiplas dimensões: aceitabilidade, acesso, qualidade, capacitação, integração de cuidados, efetividade, eficiência e segurança;
- Indicadores de Contexto - caracterizam determinantes individuais ou de desempenho do Sistema de Saúde, informação importante para a saúde (Saúde A. C., 2011).

Na sequência deste trabalho e após os resultados que decorram do trabalho de campo realizado, tornar-se-ia pertinente fazer a ligação entre as informações recolhidas neste trabalho prático e futuros trabalhos de organização e monitorização da informação. Pretende-se que os dados obtidos possam servir de reflexão para um sistema de monitorização eficiente da Dor crónica, nomeadamente, quando falamos de indicadores do Estado da Saúde.

### **3. METODOLOGIA**

Neste capítulo é descrito o método utilizado para recolha e análise dos dados que permitem dar resposta aos objetivos definidos. É descrito o processo como se conduziu esta investigação, qual o instrumento de recolha de dados utilizado e como está estruturado. Indica-se qual a população alvo deste estudo e como foi efetuado o trabalho de campo.

#### **3.1 DESIGN DA INVESTIGAÇÃO**

Para ser possível contribuir com informação mais detalhada sobre o processo de referenciação mais usualmente utilizado no tratamento da Dor crónica em Portugal e conseguir relacionar os procedimentos de referenciação e satisfação dos pacientes com o tratamento, foram desenhados inquéritos com questões específicas que permitissem a recolha destes dados para posterior tratamento e obtenção da informação para o estudo.

Nesta fase foram realizados inquéritos à população com Dor crónica. Localizou-se a amostra de estudo em centros sanitários com cuidados específicos para o tratamento da Dor. O desenho do estudo pode caracterizar-se como descritivo-transversal pois os dados são recolhidos num momento único, num grupo representativo da população em estudo (Ribeiro, 2008).

Todos os sujeitos a que foram aplicados os questionários deram a sua aprovação para participação no estudo através da assinatura de um consentimento informado (Anexo I).

Os questionários foram aplicados presencialmente e foram selecionados os participantes por conveniência (amostra de conveniência), ou seja, os participantes no inquérito são incluídos na amostra por terem características equivalentes a outros conhecidos, nomeadamente terem dor continua ou intermitente há mais de 6 meses. É uma amostra não probabilista pois informa-nos como é o universo, mas não nos permite saber com que precisão: não é possível estabelecer uma margem de erro e níveis de confiança (Ribeiro, 2008). Não é possível saber, pela amostragem realizada, qual é a percentagem de pacientes com dor crónica na área analisada. Os dados de 49 pacientes (devidamente anonimizados) incluem informação dos respetivos de caracterização da Dor, percurso e acompanhamento clínico e tratamento aplicado á Dor crónica.

Para o estudo dos dados recolhidos fez-se uma análise descritiva que permitiu caracterizar a amostra analisada segundo o seu perfil sociodemográfico, a caracterização da origem da dor, há quanto tempo tem dor, o percurso clínico do doente, o tipo de tratamento e a satisfação com o tratamento.

Numa segunda análise, de carácter conclusivo, foi realizada a segmentação do universo analisado segundo a percepção que os pacientes tinham do tratamento efetuado ao seu estado. Também se verificou nível de significância que as variáveis de segmentação poderiam ter na diferenciação dos grupos de modo a perceber quais poderiam estar relacionadas diretamente com os resultados obtidos.

### **3.2 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

O inquérito (Anexo 2) está dividido em 5 grupos, e teve a duração de, aproximadamente, 10 minutos.

O primeiro grupo de perguntas do questionário referia-se às perguntas filtro. Todos os entrevistados teriam que ter Dor crónica, uma Dor persistente ou recorrente durante mais de 6 meses, que muitas vezes persistisse para além da cura da lesão que lhe deu origem, ou que existisse sem lesão aparente. Teriam ainda que especificar há quanto tempo tinham a Dor e identificar a localização física da Dor.

O segundo grupo de questões era composto por três perguntas que permitiam identificar há quanto tempo o doente tinha ido pela primeira vez ao Sistema Nacional de Saúde devido à sua Dor e a frequência das visitas ao médico.

O terceiro grupo permitia identificar as especialidades médicas consultadas e o tipo de centro clínico a que o paciente recorreu durante o tempo que padece da Dor.

O quarto grupo é composto por duas perguntas que permitem perceber se está a ser efetuado algum tipo de tratamento para o controlo da Dor crónica e se estes passam ou não pela toma de medicamentos, especificando quais em caso positivo. Permite ainda esclarecer se estes tratamentos são adequados para controlar a Dor.

O quinto grupo recolhe os dados de caracterização deste grupo de pacientes, sendo questionada a idade, o género, o grau de ensino mais elevado que concluiu e a situação profissional atual.



### **3.3. POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA**

Para a realização desta dissertação foi essencial identificar população-alvo de estudo. Neste caso, foram considerados como população-alvo pacientes com Dor crónica há mais de 6 meses. Desta forma, para o sucesso dos resultados da pesquisa, é garantido que os entrevistados possuem os requisitos necessários para serem entrevistados.

Foram realizadas quarenta e nove entrevistas presenciais de resposta fechada. A seleção foi efetuada por conveniência, uma vez que esta metodologia permite obter resultados a baixo custo e de rápida execução.

A pergunta filtro do questionário da entrevista assegura que os entrevistados pertencem à população pretendida.

Assim, a pergunta filtro apresentada, foi:

- A Dor crónica é definida como uma Dor persistente ou recorrente durante pelo menos 3 a 6 meses, que muitas vezes persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem, ou que existe sem lesão aparente. Tendo em atenção a definição acima, sofre de Dor crónica?

De forma a segmentar os entrevistados segundo o seu perfil sociodemográfico foram realizadas as seguintes questões:

- Idade
- Género
- Grau de Ensino
- Situação Profissional

Como já referido, a amostra foi constituída por 49 participantes com diagnóstico de Dor crónica. Os doentes que participaram no inquérito são utentes de: Ceretir – Centro de reabilitação física de Tires, Unidade de Dor do Hospital dos Lusíadas em Lisboa e indivíduos independentes.

### **3.4. TRABALHO DE CAMPO**

Numa fase inicial foram realizados cerca de 10 inquéritos para validação do questionário a aplicar (análise do tempo total de aplicação do questionário, entendimento das questões por parte dos entrevistados, organização do questionário, etc.). Após este trabalho prévio foram reestruturadas algumas das questões e reorganizado o questionário.

Para a seleção dos locais donde realizar os questionários foi tido em consideração o facto de serem necessários sítios em que se conseguiriam reunir uma maior quantidade de pacientes com as condições pretendidas para o estudo, nomeadamente, centros de saúde, centros de fisioterapia e unidades da dor. Para obter a autorização destes locais foram necessários vários contactos presenciais e por email com os responsáveis. Decorrentes destas ações foi possível a realização dos questionários em centros de fisioterapia e em uma unidade de dor privada.

Foram realizadas um conjunto de entrevistas presenciais, compostas por perguntas fechadas, as quais têm a vantagem do tratamento dos resultados ser facilitado pela codificação e normalização da informação.

As entrevistas foram realizadas presencialmente entre julho de 2014 e julho de 2017. No total, foram realizadas 49 entrevistas válidas para o presente estudo.

## 4. ANÁLISE DE DADOS

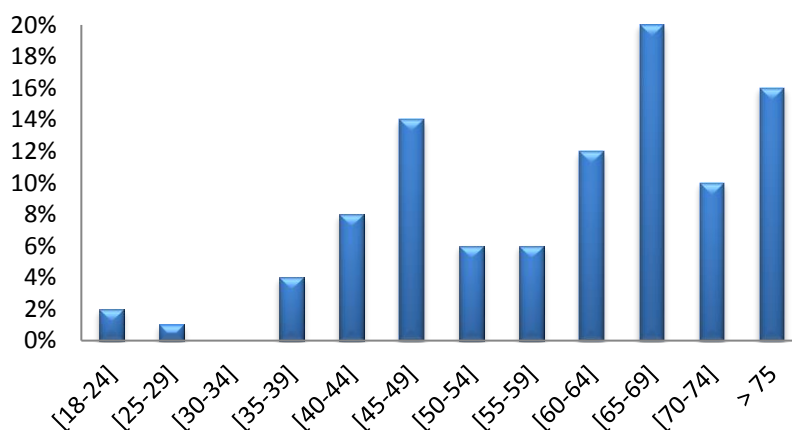
A análise de resultados desta dissertação foi realizada em duas fases: uma primeira fase descritiva, seguida de uma fase conclusiva.

A fase descritiva permitiu obter um primeiro conhecimento sobre o perfil dos pacientes que sofrem de Dor crónica e obter conhecimento sobre os seus percursos clínicos. A fase conclusiva teve como finalidade a segmentação dos grupos de pacientes segundo os seus perfis e relacionar as diferentes variáveis em análise para obter conclusões relevantes.

### 4.1 PERFIL DA AMOSTRA

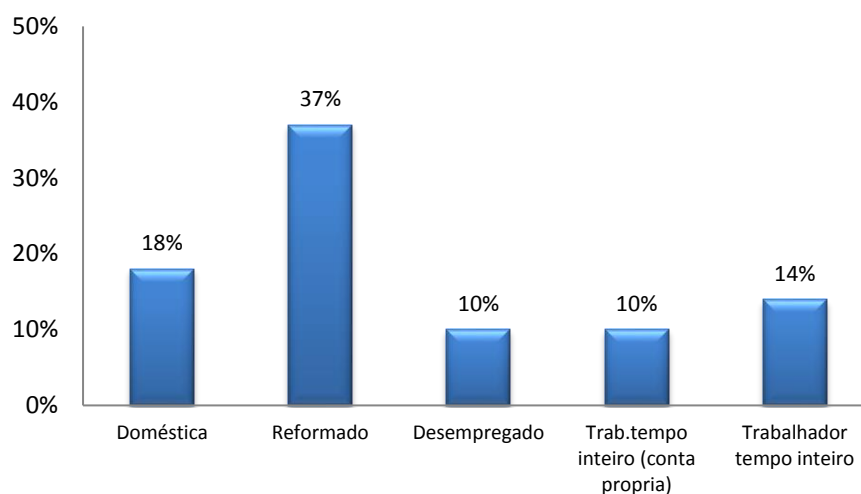
Fazendo uma primeira análise sociodemográfica da amostra identificou-se que 59% dos entrevistados eram do género feminino e 41% do género masculino.

Em relação às classes etárias analisadas pode ver-se a sua distribuição no gráfico 1. Na amostra analisada as faixas etárias mais representativas foram as de 65 a 69 anos com 20% do total, a de maiores de 75 anos com 16% do total e a dos 45 aos 49 anos com 14% do total.



**Gráfico 1.** Distribuição das classes etárias da amostra analisada

Em relação à sua situação profissional (Gráfico 2), cerca de 37% dos respondentes encontrava-se na situação de reforma, o que coincide com a maior percentagem de indivíduos entrevistados, incluídos nas faixas etárias acima dos 60 anos.

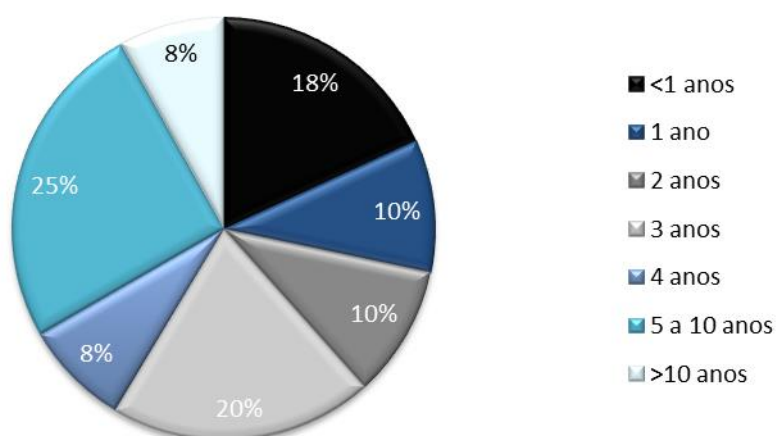


**Gráfico 2.** Situação profissional da amostra analisada

## 4.2 A DOR CRÓNICA

### Tempo com Dor crónica

Na amostra de pacientes selecionada para este estudo a maioria tinha Dor crónica há 3 anos ou menos (58%). Apesar de em minoria, ainda foi possível encontrar uma percentagem de doentes que sofrem com dor crónica há mais de 5 anos (33%). Este valor pode ser considerado elevado, pois falamos de pessoas que não conseguem resolver a sua situação nem disfrutar de uma qualidade de vida satisfatória e que estão a sofrer há mais de 5 anos.



**Gráfico 3.** Período de tempo com Dor crónica

Dos 58% que têm Dor há 3 anos ou menos, 70% realizam tratamentos de fisioterapia. Este fator é reflexo da amostra dos respondentes selecionada, que em grande percentagem foram entrevistados numa clínica de fisioterapia. Nos restantes 42% que têm Dor há mais de 3 anos a percentagem a realizar fisioterapia, diminui para 39%. O que poderá ser um indicador de que os tratamentos de fisioterapia são efetuados numa fase inicial de deteção da Dor, reduzindo depois a sua incidência.

### Origem da Dor crónica

No que diz respeito à Etiologia da Dor (Gráfico 4), verifica-se que 28% dos problemas detetados são de coluna (transtorno dos discos intervertebrais, ciática e outras lesões não especificadas), Osteoporose, Osteoartrose e Osteoartrite reúnem 26% dos casos, dores causadas por traumas ou fraturas, 6%, Cancro 4%, Artrite Reumatóide 4%. Este resultado permite reforçar que a maior percentagem da Dor Crónica pertence ao grupo identificada como Dor Músculo-esquelética.

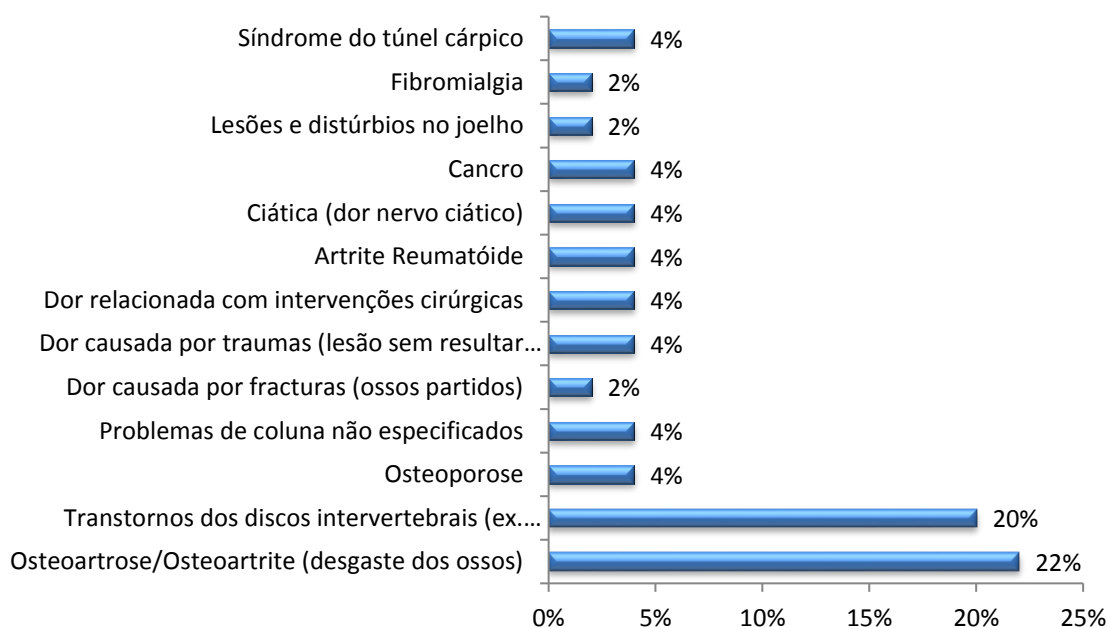
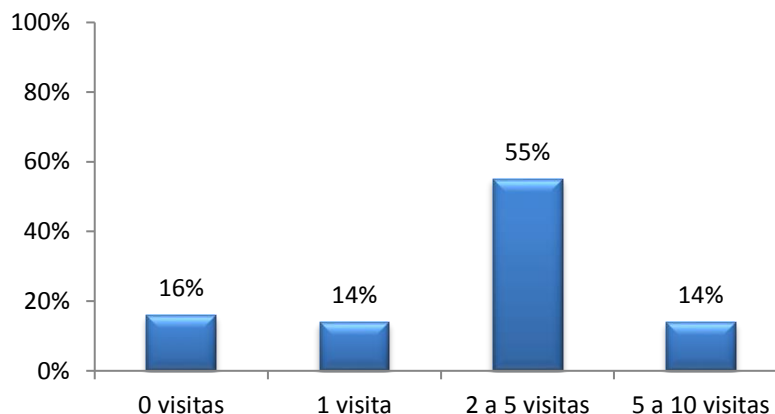


Gráfico 4. Origem da Dor crónica

### Visitas ao médico nos últimos 6 meses

A Dor crónica persistente é realmente um problema que demonstra urgência de cuidados devido à intensidade e persistência dos seus sintomas. Este facto é corroborado através dos inquéritos, pois 84% dos casos recorreram ao seu médico nos

últimos 6 meses. Para os pacientes que responderam sim à pergunta “Visitou o seu médico nos últimos 6 meses”, cerca de 55% efetuaram entre 2 a 5 visitas nos últimos 6 meses e 14% efetuaram entre 5 a 10 visitas (Gráfico 5):

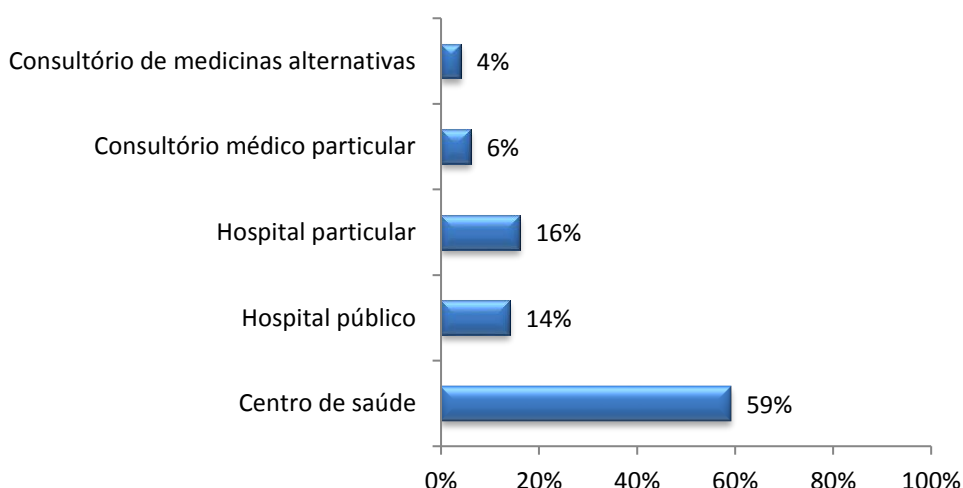


**Gráfico 5.** Número de visitas ao médico nos últimos 6 meses

Estas percentagens são bastante elevadas coincidindo com a informação do relatório da Eurotrials (Queiroz, 2012).

#### **Primeira entidade a que se dirigiu quando recorreu ao Sistema de Saúde**

Conforme se pode visualizar na Gráfico 6, 59% dos pacientes dirigiram-se ao Centro de Saúde, o que demonstra a elevada importância do Centro de Saúde na primeira triagem destes doentes e a pertinência da formação específica dos seus especialistas (Bernardo, 2010).



**Gráfico 6.** Primeira entidade a que se dirigiu quando recorreu ao sistema de saúde

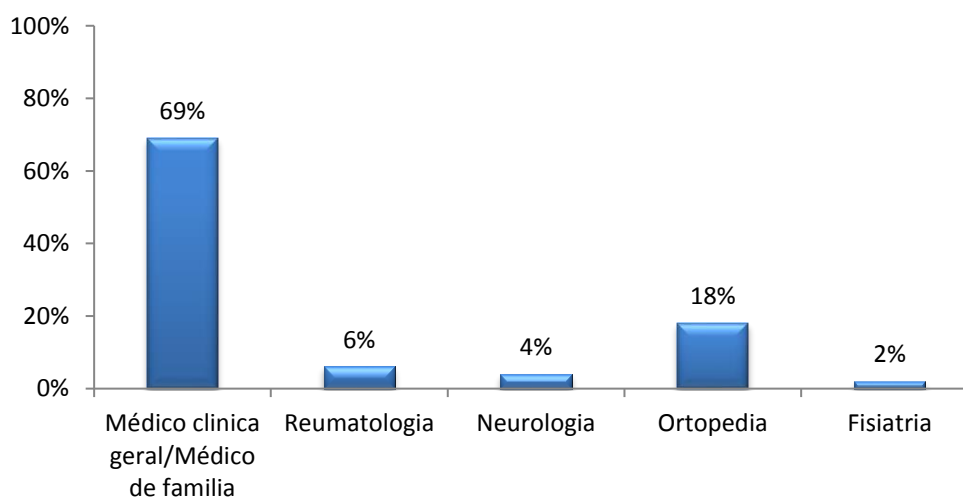
Cruzando estes dados com o número de especialidades em que são seguidos os pacientes com Dor crónica, observou-se o seguinte:

Dos que recorreram ao Centro de Saúde, 86% mantiveram-se com o mesmo médico ou foram reencaminhados para apenas mais 1 especialidade. Dos restantes, 10% foram vistos por 3 especialidades e 4% contactaram 4 especialidades no total. Acrescente-se ainda que, dos que se dirigiram ao Centro de Saúde em 1º lugar, 66% sente que tem a Dor controlada e que está a receber um tratamento eficaz para o seu tratamento.

Dos pacientes que se dirigiram inicialmente ao Hospital Público ou Hospital Particular, 80% mantiveram-se com o mesmo médico ou foram reencaminhados para uma outra especialidade e 20% consultaram 3 ou 4 especialidades. Dos que se dirigiram aos Hospitais em primeiro lugar, 87% sente que tem a Dor controlada e que está a receber um tratamento eficaz para o seu tratamento.

#### **Primeira especialidade a que recorreu quando se dirigiu ao Sistema de Saúde**

Conforme se pode verificar no gráfico 7, 69% dos casos recorreram ao Médico de Família ou Médico de Clínica Geral. Com este dado pode voltar a salientar-se a importância da formação específica no controlo da Dor para estes prestadores de cuidados de saúde.



**Gráfico 7.** Primeira especialidade a que se dirigiu quando recorreu ao sistema de saúde

### Tratamentos que realiza para controlo da Dor

A grande maioria dos pacientes entrevistados (82%) está a fazer tratamentos para controlar a sua Dor. Sendo que destes 82%, uma elevada percentagem (85%) sente que tem a Dor controlada. Destes últimos (dos que sentem que têm a Dor controlada), todos recorrem a tratamentos com medicação (Gráfico 8). Os grupos de medicamentos mais prescritos e utilizados para controlo da Dor são os AINES (Anti-Inflamatórios não esteroides – Inibidores COX1) (31%) e o Paracetamol (29%).

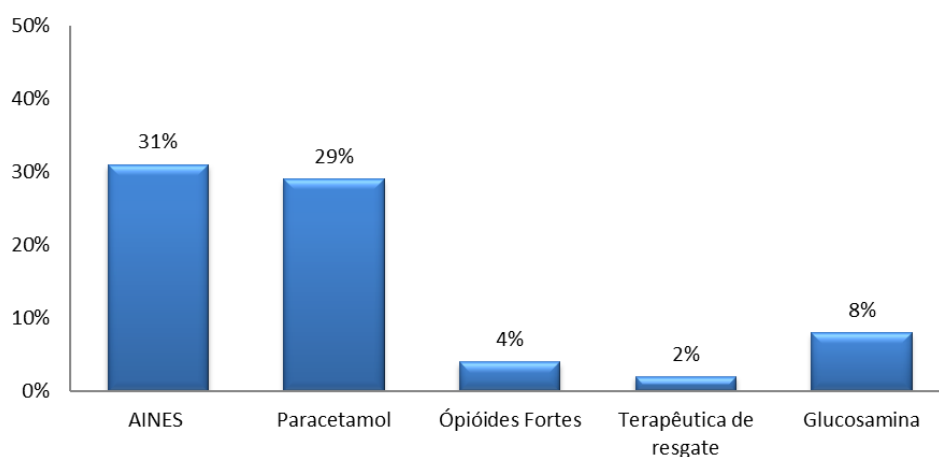


Gráfico 8. Tratamento para controlo da Dor com medicamentos

Dos 82% que fazem tratamento para a Dor, cerca de 22% utilizam algum tratamento sem medicação. A distribuição percentual dos vários métodos para controlo da Dor utilizados nestes casos pode visualizar-se no gráfico 9.

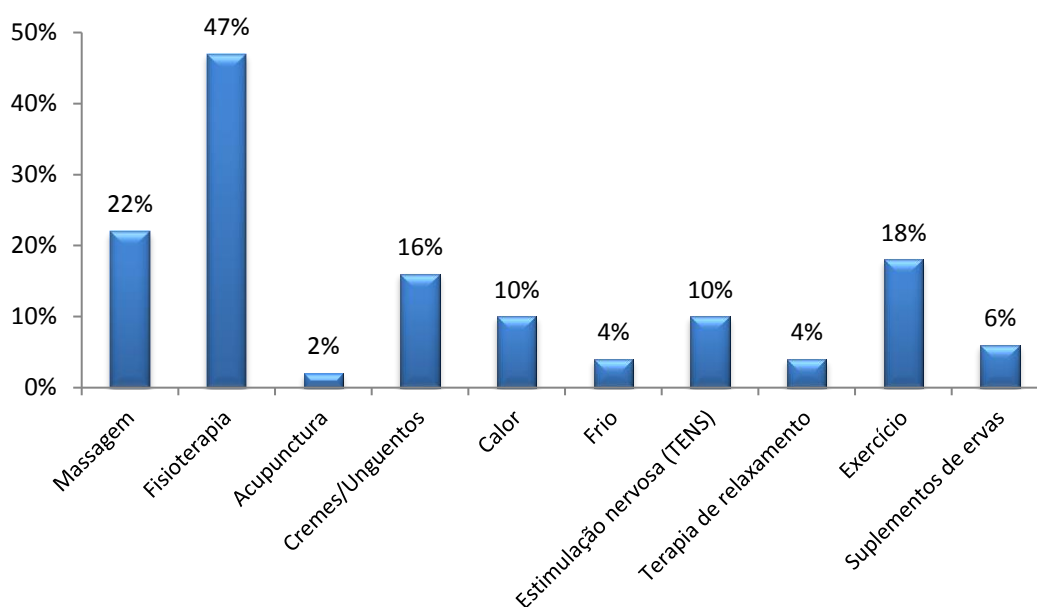


Gráfico 9. Tratamento para controlo da Dor e sem medicamentos



Conforme se constata no gráfico 9 a fisioterapia e a massagem são as técnicas mais utilizadas para controlo da Dor. Estas técnicas poderão estar relacionadas com a percentagem de doentes com problemas músculo esqueléticos incluídos neste grupo de doentes, que faz tratamentos sem recorrer à medicação, que é de 64%.

### **Satisfação com o tratamento para a Dor**

Em 71% dos casos os doentes estão satisfeitos com o tratamento recebido, havendo, no entanto, uma percentagem de 29% que não se sente satisfeita com a ajuda médica recebida. Destes últimos, 57% não efetuam nenhum tratamento para controlo da Dor, o que poderá indiciar algum conformismo e aceitação da Dor como “modo de vida”.

Ainda no segmento dos que não estão satisfeitos com o tratamento da sua Dor, cerca de 71% consultaram o Centro de Saúde no início das suas queixas, cerca de 14% consultaram o Hospital e os restantes 14% fizeram a sua primeira consulta a um médico particular. No segmento dos que estão satisfeitos com o tratamento da sua Dor, cerca de 56% consultaram o Centro de Saúde na fase inicial da sua Dor e cerca de 39% consultaram o Hospital (privado ou público).

### **4.3. SEGMENTAÇÃO**

Tal como salientado nos objetivos principais deste trabalho decidiu-se levar a cabo uma segmentação a fim de determinar um conjunto de grupos (*clusters*) que possibilite a caracterização dos procedimentos de referenciação mais usuais no tratamento da Dor crónica e a satisfação do paciente com o seu tratamento.

As técnicas de segmentação permitem fazer agrupamentos automáticos de dados segundo seu grau de semelhança. O critério de semelhança faz parte da definição do problema, dependendo do algoritmo. Através da definição de *clusters* podemos traçar os principais perfis encontrados nos respondentes e dar resposta a um dos principais objetivos desta dissertação, que dizia respeito ao processo natural de referenciação, mais usualmente utilizado no tratamento da Dor crónica em Portugal. Nomeadamente, qual a instituição de saúde e a especialidade médica a que inicialmente recorrem os pacientes com Dor crónica, e perceber o procedimento de referenciação mais habitual relacionando-o com a satisfação dos pacientes com Dor crónica.

Com a análise exploratória das variáveis em *Weka* foi possível chegar à seguinte conclusão:

- Não havendo valores em falta, não será necessário utilizar técnicas de preenchimento de valores para as variáveis fornecidas, pois aparentam estar em boas condições e aptas para a utilização no estudo em questão;

Assim, para avançar com a segmentação optou-se pela utilização do algoritmo *k-means* devido à particularidade de nesta base de dados não existirem *outliers* relevantes para a análise. Se, por outro lado se verificasse a existência de *outliers* seria mais eficiente a utilização do algoritmo SOM devido à sua robustez no tratamento de bases de dados com estes valores.

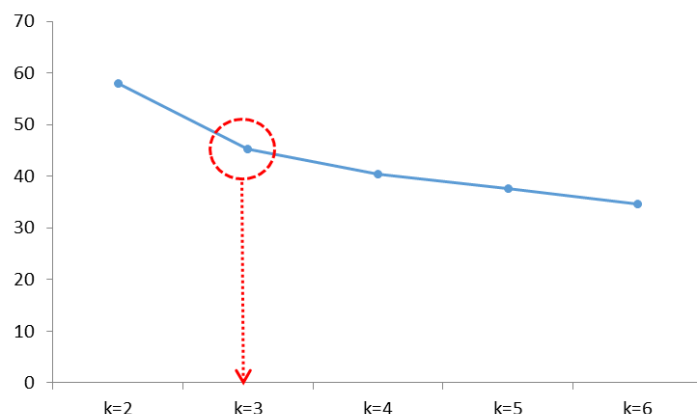
Na tabela 1 indicam-se as seis variáveis que foram consideradas para a segmentação relacionada com o procedimento de referenciação. Note-se que se adotou uma filosofia de extrema pureza nesta segmentação: foram utilizadas, apenas e só variáveis que permitam discriminar padrões de referenciação no tratamento; ou seja, não se incluiu variáveis sociodemográficas (idade, género, etc.). Pretendeu-se uma exploração não-supervisionada estritamente dos percursos de referenciação clínicos mais usuais.

**Tabela 1.** Descrição das variáveis da segmentação para a referenciação

Variáveis utilizadas para a segmentação
*1ª Entidade do SNS a que recorreu
*1ª Especialidade do SNS a que recorreu
*Por quantas especialidades médicas já foi seguido
*Fez tratamentos para a Dor crónica sem medicação
*Fez tratamentos para a Dor crónica recorrendo a medicação
*Sente q recebe tratamento adequado para controlar a Dor

### ***Apuramento do número ideal de clusters***

Para determinar quantos *clusters* (vulgo agrupamentos com relativa homogeneidade) deveriam ser considerados em termos de procedimento de referenciação recorreu-se à conhecida técnica do cotovelo (Figura 6):

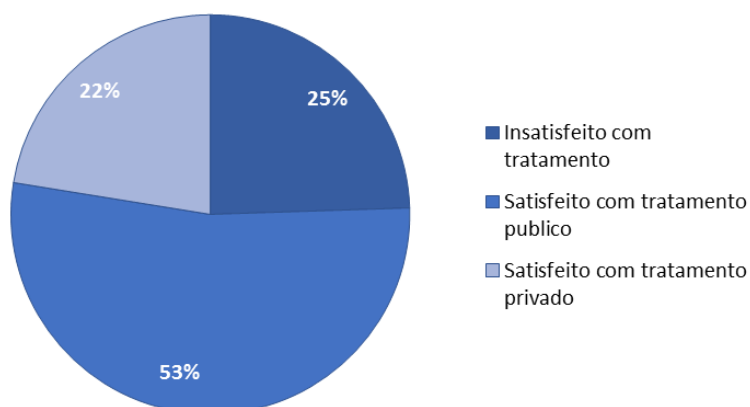


**Gráfico 10.** Número de clusters ideal para a segmentação da referência

É clara a existência de uma alteração no declive da curva da soma dos quadrados dos erros contidos nos respetivos *clusters*, quando  $k = 3$  (n.º de clusters no algoritmo *k-means*). Em termos simples, isto indica que o poder representativo de 3 *clusters* melhora muito mais (menos erros) quando se passa de 2 para 3 clusters, do que em qualquer outra transição (de 3 para 4, etc.). Assim, o número de *clusters* definido para este estudo foi de 3.

### **Caracterização / Profiling de procedimento de referência**

Com a ajuda do *software* Weka foi efetuada a segmentação da amostra. Para tal foi utilizado o algoritmo *k-means*.



**Gráfico 11.** Clusters para análise de referência

***Segmento 1 -> Insatisfeito com tratamentos - 25%***

- Recorrem ao Centro de Saúde como primeira opção para tratamento da Dor crónica;
- Recorrem a clinica geral como primeira opção de diagnóstico e tratamento;
- São os que menos recorrem a qualquer tipo de tratamento para a Dor (com e sem medicação).
- São os que têm um menor percurso de referenciação (normalmente mantêm-se com a primeira consulta da especialidade a que recorrem)

***Segmento 2 -> Satisfeito com tratamento público - 53%***

- Recorrem ao Centro de Saúde como primeira opção para diagnóstico da Dor crónica;
- Recorrem a Medicina geral como primeira opção para diagnóstico e tratamento da Dor;
- Podem recorrer até 2 especialidades (Normalmente o médico de Medicina Geral do Centro de Saúde referencia-o a outra especialidade)
- Normalmente recorrem a tratamento com e sem medicação.

***Segmento 3 -> Satisfeito com tratamento privado - 22%***

- Recorrem ao Hospital Particular como primeira opção para diagnóstico da Dor crónica;
- Recorrem a Ortopedia como primeira opção para diagnóstico e tratamento da Dor;
- Normalmente acabam por ser referenciados a 2 ou mais especialidades;
- Normalmente recorrem a tratamentos com e sem medicação.

***Nível de significância das variáveis da segmentação***

Foi testado o nível de significância das variáveis utilizadas para a segmentação de maneira a perceber a probabilidade de se observar uma diferença tão grande ou maior do que a que foi observada sob a hipótese nula. Deste modo podemos perceber se as associações encontradas para as variáveis, poderão ser estatisticamente significativas. Considerou-se o intervalo de confiança de 95%.

Esta análise efetuou-se recorrendo ao *software* Excel. Começou-se por calcular a frequência real de cada variável e em seguida o cálculo da frequência esperada. A estes dois grupos de valores foi aplicada a fórmula do Teste de Qui Quadrado que se destina a encontrar um valor da dispersão para duas variáveis nominais, avaliando a associação existente entre variáveis qualitativas.

Dos resultados obtidos verificou-se que para a análise das variáveis consideradas nos segmentos anteriores, não se encontraram diferenças significativas no que respeita à sua satisfação com o tratamento. As diferenças significativas foram encontradas nas últimas duas variáveis (tratamentos com utilização de medicamentos e tratamentos sem utilização de medicamentos), cujas frequências e valor de p se apresentam na tabela 6 e na tabela 7.

**Tabela 2.** Satisfação com o tratamento e a realização de tratamentos sem medicação

<b>Valor-p= 0,006</b>	<b>Tratamento sem medicamentos</b>		
<b>Satisfação com tratamento</b>	Não	Sim	Total Geral
Não	53%	16%	29%
Sim	47%	84%	71%
<b>Total Geral</b>	100%	100%	100%

**Tabela 3.** Satisfação com o tratamento e tratamentos com medicação

<b>Valor-p= 0,02</b>	<b>Tratamentos com utilização de medicamentos</b>		
<b>Satisfação com tratamento</b>	Não	Sim	Total Geral
Não	47%	17%	29%
Sim	53%	83%	71%
<b>Total Geral</b>	100%	100%	100%

Conforme se percebe pelo valor-p detetado existe uma relação da direta da satisfação com o tipo de tratamento efetuado para a Dor. Tanto no caso da opção ao tratamento com recurso a medicação como no caso da realização de tratamentos que não envolvam medicamentos, existe uma associação direta com a satisfação do doente.

No caso de tratamentos sem medicação 84% do total de 71% dos doentes, estão satisfeitos com a assistência prestada. Quando analisamos os doentes que não utilizam medicação a percentagem de satisfação desce para 47%.

No caso de tratamentos com recurso a medicação 83% do total de 71% dos doentes, estão satisfeitos com a assistência prestada. Quando analisamos os doentes que não utilizam medicação a percentagem de satisfação desce para 53%.

Poderá assim concluir-se que é a realização ou não do tratamento para a Dor que está mais diretamente relacionada com a satisfação ou insatisfação do paciente e não as restantes variáveis consideradas neste estudo, tais como tipo de especialidade, número de especialidades consultadas, tipo de serviço de saúde visitado ou até mesmos dados socio demográficos, como a idade ou género.

## **5. CONCLUSÕES**

Neste capítulo apresentam-se as principais conclusões da presente dissertação.

O principal objetivo desta dissertação era que os resultados da investigação viessem reforçar o conhecimento existente sobre os doentes que sofrem de Dor Crónica por forma a poderem ser tomadas decisões estratégicas que visassem a melhoria dos seus tratamentos. Pretende-se que os objetivos globais e específicos, inicialmente propostos se tornem claros e permitam dar respostas úteis que possam contribuir para o desenvolvimento de trabalhos futuros.

### **5.1 PRINCIPAIS RESULTADOS E SUAS IMPLICAÇÕES**

Atualmente existe cada vez mais uma consciência que a Dor crónica, para além de ser um sintoma de que algo não está bem com o nosso organismo, e ser definido como normal e inevitável, passe a ser encarado como uma doença por si só (APED, 2014). Por esta razão e porque não existe, em Portugal, um procedimento de referenciação para a Dor crónica, como existe para outras doenças é fundamental perceber qual o processo de referenciação que se realiza atualmente e se este está relacionado com a satisfação do paciente.

O objetivo central deste trabalho passou por encontrar quais os caminhos percorridos por um paciente com Dor crónica, desde que este se dirige aos serviços de saúde até que sinta que a sua Dor está controlada com os tratamentos adequados ao seu caso.

A Dor crónica, ao ser uma doença de difícil “quantificação” clínica através de análises ou outros meios de diagnóstico, torna também complicada a justificação de alguns procedimentos de gestão clínica e a alocação de verbas para os mesmos.

No início da investigação, identificaram-se quatro objetivos específicos, nomeadamente:

- Avaliar qual a instituição de saúde a que inicialmente recorrem os pacientes com Dor crónica;
- Avaliar qual a especialidade médica a que recorrem inicialmente os pacientes com Dor crónica;
- Perceber o procedimento de referenciação mais usual no processo de tratamento da Dor crónica em Portugal;
- Relacionar o controlo da Dor com o percurso clínico efetuado pelo doente.

**a) Investigar qual a instituição de saúde a que inicialmente recorrem os pacientes com Dor crónica**

Foram estudadas as cinco entidades principais do SNS a que recorrem os doentes: Centro de Saúde, Hospital Público, Hospital particular, Consultório de médico particular e ainda Consultório de Medicinas Alternativas. Os resultados obtidos sugerem que os Centros de Saúde e os Hospitais particulares são aqueles a que os pacientes mais recorrem. Desta forma, conclui-se que os Centros de Saúde e os Hospitais Particulares são as entidades que apresentam maiores hipóteses de receber um paciente com Dor crónica pela primeira vez e os que deverão ter um sistema que permita identificar mais eficazmente este paciente e referenciá-lo mais rapidamente.

**b) Investigar qual a especialidade médica a que recorrem inicialmente os pacientes com Dor crónica**

Relativamente à especialidade médica a que recorrem os pacientes com Dor crónica, os estudos revelam que a Medicina geral tem maior tendência a ser a especialidade de referência.

Para além da Medicina Geral, os resultados também apontaram a Ortopedia como a especialidade de referência para os pacientes da Dor crónica, mas este facto parece estar relacionado com a Etiologia da Dor. A Etiologia da Dor analisada tem uma maior incidência em casos de Dor Crónica inseridas no grupo identificado como Dor Musculosquelética. Este grupo de incidência da Dor crónica está diretamente relacionado com o progressivo envelhecimento do organismo humano. Sendo essa também a razão que a relaciona com a maior incidência em faixas etárias mais elevadas, o que nesta dissertação é verificado a partir dos 60 anos.

Com o avançar da idade, tanto a massa muscular como a massa óssea diminuem, tornando-se necessário apostar na prevenção do problema, conforme é recomendado no relatório da DGS (2011). Neste caso, a atividade física e a alimentação cuidada vão ter um elevado impacto na preservação do organismo humano e, conseqüentemente, na propensão dos indivíduos para sofrer de doenças que levarão à Dor crónica devido ao desgaste muscular e ósseo. Dessas doenças associadas ao envelhecimento podem destacar-se a osteoartrose, osteoporose, dissolução de uma vértebra, artrite reumatoide, etc. (Direção Geral da Saúde, 2001).

### **c) Perceber o procedimento de referenciação mais usual no processo de tratamento da Dor crónica em Portugal**

Conforme se pode perceber pelos resultados da segmentação, os indivíduos que recorrem a Medicina Geral através do Centro de Saúde (86%), foram na sua maioria referenciados apenas a mais uma especialidade ou mantiveram-se com o seu médico de Medicina Geral (86% dos casos). Os pacientes que foram ao Centro de Saúde e que não sentem que a sua Dor está controlada (a menor parte) pertencem a um segmento que não utiliza nenhum medicamento ou outro tratamento para controlar a Dor e que não são referenciados a outra especialidade.

Os restantes doentes (14%) dirigem-se ao Hospital (Privado ou Público), à especialidade médica de Ortopedia (47%), Reumatologia (20%) e Clínica Geral (27%) onde acabam por ser reencaminhados a outra especialidade ou a manterem-se com a inicial (80%). Pode verificar-se que, no caso dos hospitais a referenciação a um maior número de especialidades é ligeiramente superior que no caso dos Centros de Saúde. No entanto deveriam ser efetuados estudos mais extensos para confirmar esta tendência.

### **d) Relacionar o controlo da Dor com o percurso clínico efetuado pelo doente**

Em 71% dos casos os doentes estão satisfeitos com o tratamento recebido, havendo, no entanto, uma percentagem de 29% que não se sente satisfeita com a ajuda médica recebida. Estes últimos não efetuam nenhum tratamento ou medicamento para tratamento da Dor e normalmente não são reencaminhados para nenhuma outra especialidade.

Pelos valores obtidos, observa-se que os pacientes recorrem a uma primeira especialidade que na sua maioria é a Medicina Geral e que são normalmente referenciados com êxito para outra especialidade médica, pois na sua maioria sentem-se satisfeitos com os tratamentos realizados para controlar a sua Dor.

Todos estes pacientes recorrem a tratamentos com medicação. Os grupos de medicamentos mais prescritos e utilizados para controlo da Dor são os AINES e o Paracetamol. Complementarmente, uma pequena parte destes doentes realiza ainda algum tratamento sem medicação como fisioterapia e massagem.

Com base nas conclusões expostas nos pontos anteriores, apresentam-se de seguida algumas recomendações a ter em conta aquando da delineação de um plano de gestão clínica para pacientes com Dor crónica:



- Tendo sido os Centros de Saúde as instituições do SNS a que mais recorreram os pacientes com Dor crónica e através dos quais a referenciação é mais direta, esta deveria ser a entidade desencadeante do processo de referenciação para a Dor crónica. Desta forma, se o paciente sentir que a sua Dor se encontra controlada mais rapidamente, deverá reduzir a frequência de visitas ao seu médico, evitando a elevada afluência a consultas para a Dor, nomeadamente (tal como foi detetada neste trabalho), em pacientes que consultaram o seu médico, nos últimos 6 meses. Estes valores chegavam a ser superiores a 2 visitas, podendo atingir as 10 visitas neste espaço de tempo.
- Durante as entrevistas, quando os doentes são questionados sobre a satisfação com o tratamento, apenas 66% dos que se dirigem ao Centro de Saúde diz ter a Dor controlada, enquanto os pacientes que se dirigem diretamente ao Hospital sentem satisfação com o tratamento em 88% dos casos. Estes dados podem indicar que através do acesso a equipas multidisciplinares no hospital, a satisfação com o tratamento é atingida mais rapidamente. Poderia estudar-se a incorporação, no Centro de Saúde, de especialidades complementares à Medicina Geral, que revelassem ser eficientes na obtenção de satisfação com os tratamentos de controlo da Dor. Desta forma poderia ser alcançado mais rapidamente o controlo da Dor e melhorada a qualidade de vida dos doentes.
- Sendo a Dor crónica relacionada com problemas músculo-esqueléticos o grupo que mais pacientes abrange, e a fisioterapia um dos tratamentos mais executados nestes casos, deveria ser considerada a existência desta especialidade nas equipas ligadas ao acompanhamento inicial desta doença, nomeadamente nos Centros de Saúde.

## **5.2 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS**

Uma das limitações presentes neste trabalho foi o reduzido número de questionários conseguidos e validados. Para conseguir uma amostra mais representativa da população portuguesa com Dor crónica teria sido necessário um trabalho de campo mais prolongado. Esta limitação do número de questionários pode influenciar as análises e a segmentação dos pacientes com Dor crónica. Assim:

- a) Uma das sugestões para posteriores trabalhos seria a importância de segmentar as entidades onde acedem os pacientes com Dor crónica. Seria aconselhável separar os centros públicos dos privados. Os perfis de pacientes são distintos e apresentam comportamentos bastante diferentes no que concerne à sua saúde e à acessibilidade aos vários tratamentos.

No que concerne aos centros públicos, seria interessante analisar em separado os Centros de Saúde e os Hospitais. Deste modo, poderiam retirar-se conclusões sobre as possíveis diferenças entre ter acesso a um centro com equipas multidisciplinares e o acesso a um centro com uma única especialidade. Desta forma poderia avaliar-se a rapidez do acesso ao tratamento mais eficaz e relacioná-lo com a satisfação do paciente no controlo da sua Dor.

- b) Como resultados dos valores analisados, cerca de 29% dos doentes não estava satisfeita com o controlo da sua dor e, pertenciam ao grupo de doentes que não fazia nenhum tratamento, nem com recurso a medicação nem com tratamentos complementares. Seria interessante analisar o nível de dor sentida pelos diferentes grupos (satisfeitos com o controlo da dor e os não satisfeitos) e perceber se esta percentagem de 29% tem valores diários muito diferentes dos outros grupos. Poder-se-ia perceber que a causa para não seguir com os tratamentos seria que nestes casos a Dor assumiria valores mais toleráveis. Ou se, simplesmente haveriam outros fatores externos (capacidade económica, acessibilidade a tratamentos, etc.) que estivessem na origem desta insatisfação. Apesar de no estudo de Castro Lopes (2012) a explicação para estes casos estar relacionada com a preocupação/importância ou preparação dos médicos, poderia analisar-se o porquê da aceitação do sofrimento com a dor e a não justificação para procurar a resolução para o seu problema.

- c) Outra das propostas para trabalhos futuros seria a elaboração de indicadores de gestão específicos para a monitorização da incidência e da evolução da Dor crónica nas várias localidades portuguesas e dos seus custos. Este controlo poderia ser importante para prever a evolução da incidência da Dor crónica e simultaneamente poder apresentar evidências, baseadas em casos reais, para futuras decisões de gestão hospitalar e orçamental. De seguida detalham-se alguns exemplos para discussão.

- Indicadores do Estado e desempenho da Saúde de uma determinada instituição do SNS:
    - (%) Número de novos pacientes com Dor crónica / Número total de novos pacientes (adaptado do indicador ID=65) (Saúde, 2011);
    - (%) Nº de consultas para a Dor crónica de repetição / Nº total de consultas;
    - (%) Número médio de anos de trabalho perdidos por Dor crónica (adaptado do indicador, ID=49);
    - Tempo decorrido até satisfação com tratamento => recorrendo a inquéritos periódicos de avaliação da satisfação (avaliar neste inquérito o número de consultas efetuadas durante este tempo e o número de especialidades consultadas).
  - Indicadores dos Determinantes de Saúde:
    - Análise dos dados socio demográficos da zona que corresponde à entidade do SNS analisada (empregabilidade; rendimento médio; habilitações literárias, etc.)
- d) Com a monitorização de indicadores específicos para a Dor crónica e como consequência dos resultados obtidos, definir uma rede de referenciação eficiente que permitiria reduzir custos ao SNS e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

## 6. BIBLIOGRAFIA

- Alto Comissariado da Saúde. (2011-2016). *Estratégias para a Saúde, III.3) Eixos Estratégicos*. Portugal: Ministério da Saúde.
- APED. (8 de junho de 2014). *aped-dor.org*. Obtido em 12 de Junho de 2014, de APED: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor/14-dor-aguda-versus-dor-cronica>
- Arnold, B. A., Blasey, C. M., Lee, J., Fireman, B., Hunkeler, E. M., & Dea, R. (Março de 2009). Relationships Among Depression, Chronic Pain, Chronic Disabling Pain, and Medical Costs. *Psychiatric services*, vol.60, nº3, 344-350.
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on It's Prevalence, Characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain*, nº8, vol.13, 773-783.
- Batalha, L. M. (2009). Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability em crianças. *Revista Referência*, nº10, pp. 7-14.
- Bernardo, A. (15 de Outubro de 2010). A Dor nos cuidados de saúde primários. *Diário de Notícias - Dossier Especial Dor*, 5-6.
- Bernardo, A., Lopes, B. C., Verdasca, E., Cardoso, M. A., Correia, D., & Raposo, M. (15 de Outubro de 2010). A dor em Portugal-um compromisso para o futuro. *Diário de Notícias*.
- Brandão, J. (2010). Dor nos cuidados de saúde primários. *Jornal da Dor*, vol.18, nº2, 4-10.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in europe: Prevalence impact on daily life and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.
- Cabral, M. V., & da Silva, P. A. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa, Portugal: Apifarma.
- Carr, D. B. (2004). *Pain Relief as a human right* (Vols. 12, Nº5). USA: International association for the study of Pain.
- Castro Lopes, J. (2003). *Fisiopatologia da dor*. Portugal: Permanyer Portugal.
- Castro Lopes, J. M. (2007). *Questionários sobre dor Crónica* (Vols. 15, Nº4). Portugal: Permanyer Portugal.

- Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J., & Paiva, M. d. (2010). *A dor crónica em Portugal*. Portugal, Lisboa: Pain Proposal.
- Centro Nacional de Observação da Dor. (2010). *Implementação da dor como 5º sinal vital nos hospitais portugueses*. Portugal: Observdor.
- Centro Nacional de Observação em dor. (2010). *Estado da arte do ensino da dor em Portugal*. Portugal: Observdor.
- Craveiro Lopes, M. (28 de dezembro de 2012). *Competência em medicina da dor - Ordem dos médicos*. Obtido de Ordem dos Médicos: <https://ordemdosmedicos.pt/competencia-em-medicina-da-dor/>
- Direção Geral da Saúde. (2001). *A dor crónica de origem não maligna*. Portugal: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Portugal: DGS.
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Circular normativa Nº:11/DSCS/DPCD*. Portugal: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2010). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Portugal: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016*. Portugal: DGS.
- Direção Regional de Saúde. (2009). *Programa Regional de Controlo da Dor 2009-2012*. Açores: DRS.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)*. Portugal: DGS.
- Esteves, Bernardo. (24 de 3 de 2011). Dor crónica custa sete submarinos. *Correio da manhã*, p. 22.
- European Commission. (2007). *Health in the European Union*. Europa: Eurobarometer.
- Eurotrials. (2012). *Boletim Informativo nº37, Saúde em mapas e Números*. Portugal: Eurotrials.
- Ferreira, C. A. (2014). A transformação Inteligente do São João. *Negócios*.
- Fundação Grunenthal. (s.d.). *Abordagem Bio-social da dor crónica, A dor crónica*. Lisboa: Fundação Grunenthal.
- Gouveia, M., & Augusto, M. (2011). Custos indirectos da dor crónica em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 29, 100-107.

- Gustorff, B., Pawloff, K., Simoens, S., Spandonaro, F., & Castro-Lopes, J. M. (2010). *Pain Proposal- Improving the current and future management of chronic pain*. Alemanha: European Consensus.
- Horstmeier, P. (2017). *Insights: Health Catalyst*. Obtido de Health Catalyst: <https://www.healthcatalyst.com/wp-content/uploads/2014/08/Why-Your-Healthcare-Business-Intelligence-Strategy-Can%E2%80%99t-Win-without-a-Data-Warehouse.pdf>
- Jovey, R., Ennis, J., & al., J. G. (2002). *Use of opioid analgesics for the treatment of chronic noncancer pain - A consensus statement anual guidelines from the Canadian Pain Society*. Pain Res Manage. Canada: Pulsus Group Inc.
- Kimball, R. (2002). *The Data Warehouse Toolkit*. USA: Wiley Computer Publishing.
- Kraus, J.F., Silberman, T.A., McArthur, D.L. (1996). The epidemiology of spinal cord injury. Em A. Menezes, & V. Sonntag, *Principles of spinal surgery* (pp. 1041-58). New York: MacGraw-Hill.
- Kumar, N. (2007). *WHO Normative Guidelines on Pain Management*. Geneva: WHO.
- Langley, Hernández, P., Ferri, M., Hidalgo, R., & López, L. (2011). Pain, health related quality of life and healthcare resource utilization in Spain. *Journal of Medical Economics*, vol.14, Nº5, 628-638.
- Langley, P. (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union. *Current Medical Research & Opinion*, vol.27, Nº2, 463-480.
- Langley, P., & Liedgens, H. (2010). *The impact of pain severity and frequency on HRQoL in the big 5 european union countries*. Praga, Republica Checa: Grunenthal.
- Langley, P., Müller-Schwerfe, G., Nicolaou, A., Liedgens, H., Pergolizzi, J., & Varrassi, G. (2010). The societal impact of pain in the european union: health-related quality of life and healthcare resource utilization. *Journal of Medical Economics*, vol.13, 571-581.
- Langley, PC; Müller-Schwefe, G; Nicolaou, A.; Liedgens, J.; Varrassi, G. (2010). The impact of pain on labor force participation absenteeism and presenteeism in the european union. *Journal of Medical Economics*, vol.13, nº4, 662-672.
- Langley, Ruiz-Iban, Molina, De Andres, Castellón JR. (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *Journal of Medical Economics*, vol. 14, Nº3, 367-380.
- Langley, Tornero Molina, Margarit Ferri, Pérez Hernández, Tejedor Varillas, Ruiz-Iban. (2011). The association of pain with labor force participation, absenteeism, and presenteeism in spain. *Journal of Medical Economics*, 835-45.

- Lasch KE. (2002). Culture and pain. *Pain - Clinical updates*, vol.10(5), 1-9.
- Lister Technologies. (12 de abril de 2011). *Business Intelligence for hospitals: Empowering healthcare providers to make informed decisions through centralized data analysis*. Obtido de Market wired: <http://www.marketwired.com/press-release/lister-technologies-shares-best-practices-in-business-intelligence-for-hospitals-1501658.htm>
- Llano et al., J. (2011). *Gestión Clínica*. Madrid: Gema Pi Corrales, Fundación Gaspar Casal.
- Loeb, J., Braun, B., Riehle, A., Danofrio, K., & Edmunds, L. (2003). *Improving the quality of pain management through measurement and action*. United States: Joint Commission Resources Inc.
- Magalhães, T., & Duarte, J. S. (2008). Gestão e Sustentabilidade das Unidades de Dor. *Revista Dor*, 21-24.
- Melzack, R., & Wall, P. (1987). *Desafio da Dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ministério da Saúde. (2013). *Portaria nº163/2013 de 24 de Abril*. Portugal: Diário da Republica.
- Ministério da Saúde. (29 de Janeiro de 2014). *Portaria n.º 20/2014*. Portugal: Diário da Republica.
- Muñoz-Ramon, J., Paz, J., Cerpa, M., Várela, A., & Garcia-Caballero, J. (2008). La gestión por procesos en el tratamiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 4, pp. 241-247.
- Observdor. (24 de julho de 2014). *APED-DOR*. Obtido em 24 de julho de 2014, de APED: [http://www.aped-dor.org/images/documentos/a\\_aped/EstatutosDoObservdor.pdf](http://www.aped-dor.org/images/documentos/a_aped/EstatutosDoObservdor.pdf)
- Pain Associates International Network. (2004). *Portugal-Consenso do Funchal - Dor Crónica Musculo-esquelética*. Funchal: Grunenthal.
- Pergolizzi, J. (2011). *Towards a multidisciplinary team approach in chronic pain management*. United Kingdom: Evolving Medicine Ltd.
- Pimenta, C. A., Kurita, G. P., Martins da Silva, E., & Monteiro da Cruz, D. A. (2009). Validity and reliability of the survey of pain attitudes (SOPA-28 items) in the portuguese language. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 1070-1078.
- Pordata. (3 de Novembro de 2014). *www.pordata.pt*. Obtido em 6 de novembro de 2014, de Pordata: <http://www.pordata.pt/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Queiroz, M. J. (2012). *Dor Crónica*. Portugal: Eurotrials.

- Rabiais, S., Nogueira, P. J., & Falcão, J. M. (2003). *A dor na população portuguesa - alguns aspectos epidemiológicos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Reid, K. J., Harker, J., Bala, M. M., Truysers, C., Kellen, E., Bekkering, G. E., & Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research & Opinion*, vol.27, nº2, 449–462.
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde (2ª ed.)*. Porto: Livpsic.
- Santos, M. (17 de Outubro de 2012). *Dor crónica: custos sociais e económicos*. Obtido em 8 de 7 de 2014, de Hospital do Futuro: <http://www.hospitaldofuturo.com/profiles/blogs/dor-cronica-custos-sociais-e-economicos>
- Saturno, P. J., & Soriano, F. L. (2012). *Indicadores de buenas prácticas sobre manejo del dolor*. Espanha: Fundación Grunenthal.
- Saúde, A. C. (2011). Em *Estratégias para a Saúde - Indicadores e Metas em Saúde (2011-2016)*. Lisboa: DGS.
- Saúde, A. C. (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde. Obtido de [http://pns.dgs.pt/files/2011/03/im\\_26-05-2011.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2011/03/im_26-05-2011.pdf)
- Saúde, D. G. (2003). *Circular Normativa nº9 DGCG*. Portugal: Ministério da Saúde.
- Shoenberg, B. M. (1993). Epidemiologic approach to peripheral neuropathy. Em P. D. Thomas, *Peripheral neuropathy* (pp. p.775-83). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Silva, M. P. (2009). Diagnóstico e terapêutica da dor. *Patient Care*, 56-62.
- Taylor, G. (2012). *Home/Best practices*. Obtido de web site de TPM Consulting: <https://leansixsigmahealthcare.wordpress.com/2012/12/19/the-value-of-key-performance-indicators-for-healthcare-providers/>
- Varrassi, G., & Müller-Schwefe, G. H. (2010). *Escala CHANGE PAIN*. Lisboa: Fundação Grunenthal.
- Vieira, F. (5 de outubro de 2016). Unidades de Dor crónica. *Jornal da Madeira*.
- Vieira, F. (s.d.). Unidade de Dor Crónica. *Jornal da Madeira*.
- Weiser, K. S., Sola, I., Aromataris, E., Tornero, J., Pérez, C., Margarit, C., & Kleijnen, J. (2010). *Epidemiology of chronic non-malignant pain in Spain*. Espanha: Fundación Grunenthal.
- Zanolin, E., Visentin, M., Trentin, L., Saiani, L., Brugnolli, A., & Grassi, M. (2007). A questionnaire to evaluate the knowledge and attitudes of health care providers on pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 727-736.





## **7. ANEXOS**

### **ANEXO I**

#### **CONSENTIMENTO INFORMADO**

“Análise do percurso clínico de pacientes com Dor crónica em Portugal”

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, queira assinar este documento.

Este questionário faz parte de um estudo levado a cabo no âmbito de uma tese de Mestrado em Gestão de Informação, do Instituto Superior de Estatística e Gestão da Informação da Universidade Nova de Lisboa, e visa a obtenção de informações sobre o percurso clínico de pacientes com Dor crónica em Portugal, pretendendo perceber a eficácia e/ou dificuldades com que os pacientes se deparam ao longo desse percurso.

É importante que responda a todas as questões, pelo que lhe pedimos que reveja as respostas antes de entregar os questionários. Não existem respostas certas ou erradas, pelo que qualquer resposta é considerada correta, o importante é que responda com sinceridade às questões colocadas. O preenchimento deste questionário é fácil, ao longo do mesmo encontrará indicações específicas ao seu preenchimento.

As suas informações são estritamente confidenciais e anónimas pois os resultados serão codificados e utilizadas apenas neste estudo.

Esta participação será voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento ou optar por não a realizar.

Este trabalho está a ser elaborado por Susana Antunes do Instituto Superior de Estatística e Gestão da Informação. Para qualquer informação adicional estou ao seu dispor através do mail: [susana.antunes8@gmail.com](mailto:susana.antunes8@gmail.com)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que abaixo assina/m.. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito

a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Data ...../...../.....

Assinatura do Investigador

\_\_\_\_\_

Data ...../...../.....

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_

Data ...../...../.....

Assinatura do Médico

\_\_\_\_\_

Cédula Profissional nº :

\_\_\_\_\_

Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 15/15

## ANEXO II

### INQUÉRITO

#### **“Análise do percurso clínico de pacientes com dor crónica em Portugal”**

Investigação realizada no âmbito da tese de mestrado em Gestão de Informação-  
Especialização em Gestão do Conhecimento e *Business Intelligence*.

Este questionário faz parte de um estudo levado a cabo no âmbito de uma tese de Mestrado em Gestão de Informação, e visa a obtenção de informações sobre o percurso clínico de pacientes com dor crónica em Portugal, pretendendo perceber a eficácia e/ou dificuldades com que os pacientes se deparam ao longo desse percurso.

Neste questionário não existem respostas certas ou erradas, apenas se pretende a sua opinião acerca da sua experiência ao longo do seu historial clínico.

O questionário leva cerca de 10 minutos a responder. A sua colaboração é fundamental para o desenvolvimento deste trabalho.

Caso tenha algum interesse nos resultados do estudo, ou se necessitar de mais informação, por favor contacte-me através do e-mail: [susana.antunes8@gmail.com](mailto:susana.antunes8@gmail.com)

Muito obrigado pela sua colaboração.

### INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Por ser fundamental uma boa interpretação das suas respostas, pedimos a sua especial atenção para as instruções de preenchimento, abaixo descritas:

- Preencha o questionário selecionando a resposta, de entre as opções disponíveis, que melhor caracteriza a sua situação ou opinião;
- Em regra, deve escolher apenas uma de entre as várias opções de resposta que lhe são dadas. Sempre que a pergunta permitir que especifique ou desenvolva a sua resposta, terá instruções nesse sentido.
- Responda a todas as questões, pois só assim será possível considerar a sua resposta para tratamento dos dados.

**NOTA:** As questões seguintes servem apenas para caracterizar o seu perfil. Não lhe será solicitada a sua identificação pessoal e garantimos total anonimato das respostas. Relembramos que os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente no desenvolvimento desta pesquisa para fins estatísticos e de investigação

## I. CARACTERIZAÇÃO DA DOR CRÓNICA

A **dor crónica** é definida como uma dor persistente ou recorrente durante pelo menos 3 a 6 meses, que muitas vezes persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem, ou que existe sem lesão aparente.

Sim      Não

**1. Tendo em atenção a definição acima, sofre de dor crónica?**

☐☐

Se assinalou **Sim**, por favor avance para a questão **1.2**.

Se assinalou **Não**, gostaria de agradecer a sua participação mas não se enquadra no âmbito específico deste questionário, pois este destina-se apenas a pacientes de **dor crónica**.

### 1.2 Há quanto tempo sofre de dor crónica:

a) Menos de 1 ano

☐

Especifique número de meses: \_\_\_\_\_

b) 1 Ano ou mais

☐

Especifique número de anos: \_\_\_\_\_

### 1.3 Qual a origem da sua dor crónica:

a) Osteoartrose/Osteoartrite (desgaste dos ossos)

☐

b) Transtornos dos discos intervertebrais (ex. hérnias discais)

☐

c) Osteoporose

☐

d) Problemas de coluna não especificados

☐

e) Dor causada por fraturas (ossos partidos)

☐

f) Dor causada por traumas (lesão sem resultar em quebra óssea)

☐

g) Enxaquecas e outras dores de cabeça crónicas

☐

h) Doenças vasculares periféricas

☐

i) Dor relacionada com intervenções cirúrgicas

☐

j) Artrite Reumatoide

☐

k) Ciática (dor nervo ciático)

☐

l) Escoliose

☐

m) Cancro

☐

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| n) Lesões e distúrbios no joelho            | <input type="checkbox"/> |
| o) Lesões e distúrbios no ombro             | <input type="checkbox"/> |
| p) Rigidez na nuca/Torcicolo                | <input type="checkbox"/> |
| q) Fibromialgia                             | <input type="checkbox"/> |
| r) Neuropatia diabética periférica dolorosa | <input type="checkbox"/> |
| s) Síndrome do túnel cárpico                | <input type="checkbox"/> |
| t) Doença de Crohn's ou Colite Ulcerativa   | <input type="checkbox"/> |
| u) Outra. Qual: _____                       | <input type="checkbox"/> |
| v) Dor não identificada                     | <input type="checkbox"/> |

## II. DURAÇÃO DA SITUAÇÃO DE PACIENTE CRÓNICO

### 2.1 Há quanto tempo recorreu ao Sistema de Saúde pela primeira vez, devido à dor crónica?

- |                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| a) Menos de 3 meses | <input type="checkbox"/> |
| b) 3 a 6 meses      | <input type="checkbox"/> |
| c) 6 a 12 meses     | <input type="checkbox"/> |
| d) 1 a 2 anos       | <input type="checkbox"/> |
| e) 2 a 4 anos       | <input type="checkbox"/> |
| f) 4 a 6 anos       | <input type="checkbox"/> |
| g) 6 a 10 anos      | <input type="checkbox"/> |
| h) Mais de 10 anos  | <input type="checkbox"/> |
| i) Não sei          | <input type="checkbox"/> |

Sim Não

### 2.2 Visitou o seu médico pelo menos 1 vez nos últimos 6 meses por causa da sua dor crónica?

☐ ☐

Se assinalou **Sim**, por favor avance para a questão 2.2.1.  
Se assinalou **Não**, por favor avance para o grupo III

#### 2.2.1 Quantas visitas efetuou ao seu médico nos últimos 6 meses?

- |                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| a) 1 visita           | <input type="checkbox"/> |
| b) 2 a 5 visitas      | <input type="checkbox"/> |
| c) 5 a 10 visitas     | <input type="checkbox"/> |
| d) Mais de 10 visitas | <input type="checkbox"/> |

### III. ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

#### 3.1 A primeira vez que recorreu ao Sistema de Saúde, dirigiu-se a:

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| a) Centro de Saúde                       | <input type="checkbox"/> |
| b) Hospital público                      | <input type="checkbox"/> |
| c) Hospital particular                   | <input type="checkbox"/> |
| d) Consultório médico particular         | <input type="checkbox"/> |
| e) Consultório de Medicinas Alternativas | <input type="checkbox"/> |
| f) Outro:                                | <input type="checkbox"/> |
| Qual: _____                              |                          |

#### 3.2 A primeira vez que recorreu ao Sistema de Saúde devido à sua dor, fê-lo através:

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| a) Médico de clínica geral / Médico de família | <input type="checkbox"/> |
| b) Médico especialista                         | <input type="checkbox"/> |
| Especifique:                                   |                          |
| b.1) Reumatologia                              | <input type="checkbox"/> |
| b.2) Neurologia                                | <input type="checkbox"/> |
| b.3) Ortopedia                                 | <input type="checkbox"/> |
| b.4) Fisiatria                                 | <input type="checkbox"/> |
| b.5) Outra: _____                              | <input type="checkbox"/> |
| c) Outro - Qual: _____                         | <input type="checkbox"/> |

#### 3.3 Por quantas especialidades médicas, incluindo a(s) atual(s), já foi seguido desde o início do seu tratamento

\_\_\_\_\_

Especifique, por favor, todas as especialidades: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### IV. TRATAMENTO PARA A DOR CRÓNICA

Sim Não

#### 4.1 Atualmente está a fazer algum tratamento para controlo/diminuição da sua dor?

☐ ☐

Se assinalou **Sim**, por favor assinale todas as opções que se aplicam ao seu caso e há quanto tempo realiza esse tratamento, se assinalou **Não** passe ao grupo V.

#### a) Tratamentos recorrendo a medicamentos

☐

Tempo-meses

Especifique (por favor assinale todas as opções possíveis, enumerando há quanto tempo realiza esse tratamento). No caso de não conseguir identificar a classe do seu medicamento basta apenas colocar o nome comercial na alínea **Outro**:

- |   |                          |       |
|---|--------------------------|-------|
| - AINES (Anti Inflamatórios Não Esteroides) - Inibidores COX1 | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - AINES - Inibidores COX2                                     | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Paracetamol   | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Opióides Fracos   | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Ópióides Fortes   | <input type="checkbox"/> | _____ |

- Coadjuvantes	<input type="checkbox"/>	___
- Terapêutica de resgate	<input type="checkbox"/>	___
Outro - Qual: _____	<input type="checkbox"/>	___

<b>b) Tratamentos sem recorrer a medicamentos</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Tempo-meses</b>
Especifique (por favor assinale todas as opções possíveis, enumerando há quanto tempo realiza esse tratamento):		
- Massagem	<input type="checkbox"/>	___
- Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	___
- Acupuntura	<input type="checkbox"/>	___
- Cremes/Unguentos	<input type="checkbox"/>	___
- Calor	<input type="checkbox"/>	___
- Frio	<input type="checkbox"/>	___
- Estimulação nervosa (TENS)	<input type="checkbox"/>	___
- Terapia de relaxamento	<input type="checkbox"/>	___
- Dieta/ Alimentação especial	<input type="checkbox"/>	___
- Exercício	<input type="checkbox"/>	___
- Suplementos de ervas	<input type="checkbox"/>	___
- Terapia/Aconselhamento	<input type="checkbox"/>	___
- Hipnose	<input type="checkbox"/>	___
- Outro - Qual: _____	<input type="checkbox"/>	___
	Sim	Não

<b>4.2 Sente que atualmente está a receber um tratamento adequado à sua dor?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

## V. DADOS DE CARACTERIZAÇÃO

**NOTA:.** As questões seguintes servem apenas para caracterizar o seu perfil. Não lhe será solicitada a sua identificação pessoal e garantimos total anonimato das respostas. Relembramos que os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente no desenvolvimento desta pesquisa.

### 5.1. Idade:

a) 18 aos 24 anos	<input type="checkbox"/>
b) 25 aos 29 anos	<input type="checkbox"/>
c) 30 aos 34 anos	<input type="checkbox"/>
d) 35 aos 39 anos	<input type="checkbox"/>
e) 40 aos 44 anos	<input type="checkbox"/>
f) 45 aos 49 anos	<input type="checkbox"/>
g) 50 aos 54 anos	<input type="checkbox"/>
h) 55 aos 59 anos	<input type="checkbox"/>
i) 60 aos 64 anos	<input type="checkbox"/>
j) 65 aos 69 anos	<input type="checkbox"/>
k) 70 aos 74 anos	<input type="checkbox"/>
l) 75 anos ou mais	<input type="checkbox"/>



## 5.2. Género:

- |              |                          |
|--------------|--------------------------|
| a) Feminino  | <input type="checkbox"/> |
| b) Masculino | <input type="checkbox"/> |

## 5.3. Grau de ensino mais elevado que terminou:

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| a) Não frequentou a Escola ou não concluiu o 1.º Ciclo do Ensino Básico | <input type="checkbox"/> |
| b) Ensino Básico 1.º Ciclo (4.º ano de escolaridade)                    | <input type="checkbox"/> |
| c) Ensino Básico 2.º Ciclo (6.º ano de escolaridade)                    | <input type="checkbox"/> |
| d) Ensino Básico 3.º Ciclo (9.º ano de escolaridade)                    | <input type="checkbox"/> |
| e) Ensino Secundário (12.º ano de escolaridade)                         | <input type="checkbox"/> |
| f) Curso Pós-Secundário (Curso de Especialização Tecnológica)           | <input type="checkbox"/> |
| g) Curso Superior (Bacharel, Licenciatura)                              | <input type="checkbox"/> |
| h) Curso Pós-Graduado (Mestrado, Doutoramento)                          | <input type="checkbox"/> |

## 5.4. Qual é a sua situação profissional:

- |  |  |
|--|--|
| a) Doméstica                                       | <input type="checkbox"/>                     |
| b) Estudante                                       | <input type="checkbox"/>                     |
| c) Reformado                                       | <input type="checkbox"/>                     |
| d) Desempregado                                    | <input type="checkbox"/>                     |
| e) Trabalhador a tempo parcial                     | <input type="checkbox"/>                     |
| f) Trabalhador a tempo inteiro (por conta própria) | <input type="checkbox"/>                     |
| g) Trabalhador a tempo inteiro                     | <input type="checkbox"/>                     |
| h) Outra situação                                  | Indique qual? _____ <input type="checkbox"/> |